

HV
1475
.Q44
A937
1985
V. 1





Centre Hospitalier Honoré-Mercier Inc.

DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

2750, BOUL. LAFRAMBOISE, SAINT-HYACINTHE, QUÉ. J2S 4Y8 - TÉL.: (514) 773-5501

HV

1475

R44

A737

19AS

V.1

MAINTIEN DE LA PERSONNE
AGÉE ET HANDICAPEE DANS SON/UN
MILIEU DE VIE NATUREL
AXE SUR LE SUPPORT A L'AUTONOMIE
VOLUME 1

ELEMENTS DE PROGRAMME

Préparé par: Michel Audra
Conseiller en programmation

Avec la collaboration de: Diane Sergerie
Conseillère en recherche

Janvier 1985

Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 201
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

TABLE DES MATIERES

VOLUME 1

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION 1

CHAPITRE 1 - Maintien de la personne âgée, handicapée dans son/un milieu de vie naturel

1.1 Définition de la notion maintien 6

1.2 Philosophie d'intervention auprès des personnes âgées, handicapées 9

1.3 Définition de la notion besoin 14

1.3.1 Au plan psychologique 15

1.3.2 Au plan économique 15

1.3.3 Autre façon de concevoir 16

1.3.4 La notion retenue 17

1.4 L'approche du maintien selon les facteurs de risque 20

Références..... 21

CHAPITRE 2 - Les facteurs de risque pour la santé de la personne âgée

2.1 Niveau biologique 25

2.1.1 L'âge 25

2.1.2 Le sexe 27

2.1.3 La maladie 30

2.1.4 L'état de la dentition 37

2.1.5 L'handicap physique 38

2.1.6	La dépression	40
2.1.7	La maladie cérébrale organique ...	42
2.2	Niveau psycho-social	46
2.2.1	L'isolement social	46
2.2.2	La sécurité	49
2.3	Niveau économique.....	51
2.4	Niveau environnement	53
2.4.1	La malnutrition	53
2.4.2	La toxicomanie	55
2.4.3	La sédentarité	60
2.4.4	Le manque de contrôle sur le milieu de vie	61
2.5	Organisation des services de santé.....	63
	Conclusion.....	66
	Références.....	74

CHAPITRE 3 - Les facteurs de risque de la personne handicapée

	Introduction.....	80
A	- La déficience	81
B	- L'incapacité	83
C	- L'handicap	84
	Les facteurs de risque.....	88
3.1	Niveau biologique	89
3.2	Niveau psycho-social	95
3.3	Niveau économique.....	98

3.4	Niveau environnement	101
3.4.1	La discrimination	101
3.4.2	Le manque de stimulation	102
3.4.3	Le manque de contrôle de l'environnement physique et social	106
3.4.4	Les traumatismes	110
3.4.5	La toxicomanie	113
3.5	Organisation des services de santé	115
	Conclusion.....	116
	Références.....	123

REMERCIEMENTS

Nous remercions toutes les personnes qui par leurs suggestions, leurs commentaires ont bien voulu participer à l'une ou l'autre des étapes de ce document, en particulier:

Docteur Yves Tousignant, Chef du D.S.C. Saint-Hyacinthe

Madame Dolorès Dubreuil, Coordinatrice en programmation/
recherche - D.S.C. Saint-Hyacinthe

Madame Francine Bilodeau, Conseillère en programmation
maladies infectieuses - D.S.C. Saint-Hyacinthe

Monsieur Gilles Forget, Conseiller en programmation
S.M.I. - D.S.C. Saint-Hyacinthe

Monsieur Louis Gauvin, Conseiller en éducation socio-
sanitaire - D.S.C. Saint-Hyacinthe

Madame Pauline Rivard, Responsable des soins à domicile,
Saint-Hyacinthe

Monsieur Roland Tremblay, Agent de recherche - D.S.C.
Saint-Hyacinthe

Docteur Diane T. Wurtele, Médecin-conseil S.M.I. - D.S.C.
Saint-Hyacinthe

Nous voulons également souligner l'excellent travail accompli par Madame Nicole Beauregard et Madame Diane Jodoin qui ont dactylographié ce document.

INTRODUCTION

Jadis, la personne âgée était considérée dans son village ou sa ville. On lui reconnaissait une sagesse, une autorité, une expertise. Elle était le pilier de la famille. Elle pouvait demeurer dans son milieu jusqu'à sa mort. Sa prise en charge était assurée par l'un ou l'autre de ses enfants. Nous avons "une famille de type patriarcal fondée sur un système vertical et dont les anciens étaient le point d'appui".¹

La personne handicapée, elle aussi, était habituellement prise en charge par la famille. Toutefois, sa condition variait beaucoup selon les individus, la nature, la gravité du handicap et le milieu de chacun.

L'arrivée de la société industrielle en mettant l'accent sur l'organisation scientifique du travail et donc sur la productivité, en réduisant la famille à sa dimension biologique, en modifiant les conditions de vie, a eu tendance à mettre la personne âgée, la personne handicapée à l'écart, à voir en elles des personnes non productives, souvent malades, des personnes de toute façon en perte d'autonomie.

Selon la société, pour "le bien" de la personne âgée, pour le bien de la personne handicapée, pour leur propre protection, celles-ci devaient et doivent encore trop souvent, non pas demeurer dans leur cadre, leur milieu de vie, mais accepter pour la personne âgée de déménager de son domicile en H.L.M., de H.L.M. en centre d'accueil et du centre d'accueil en centre hospitalier de soins de longue durée.

Depuis quelques années, suite à différents facteurs, augmentation des personnes âgées, vieillissement de la population des personnes handicapées, augmentation des coûts d'hospitalisation, prise de conscience que tout citoyen a le droit de vivre dans un milieu valorisant et normalisant, une nouvelle approche se développe qui vise à une meilleure qualité de vie des personnes âgées, handicapées.

Une telle approche demande, exige une nouvelle politique de la retraite, une nouvelle politique vis-à-vis des personnes handicapées, la mise sur pied d'un réseau de services intégrés offrant des services plus complets que ceux que nous avons actuellement et surtout une conception de la personne qui se veut valorisante, normalisante. Certes, il reste encore du chemin à parcourir avant que la société ne décide d'investir d'une façon très significative dans le maintien des personnes dans un milieu de vie naturel, de préférence au placement et à l'hospitalisation.

Le D.S.C. ayant le mandat de promouvoir la santé, il lui revient, lorsqu'il s'agit de qualité de vie, non pas de suivre la société mais si possible de la devancer.

Souvent les administrateurs ont eu tendance à croire que la mise en place de services d'aide aurait un impact sur l'utilisation des autres ressources du système de soins. Nous pensons qu'il n'en est rien. Différentes recherches confirment que "si un programme d'aide à domicile peut améliorer le bien-être des personnes, il ne semble pas pouvoir, du moins à court terme, diminuer les besoins pour les autres ressources du système de soins".²

Nous devons tenir compte d'un ensemble de facteurs afin d'avoir une influence sur la consommation des ressources du système de soins. Actuellement nous avons un système que l'on peut qualifier de "privé à l'intérieur d'une entreprise publique". Dans un tel système qui incite à la consommation à tous les niveaux, pourquoi la personne refuserait-elle de consommer? Pourquoi le dispensateur de service refuserait-il la demande et comment motiverait-il la personne à se prendre en main pour en arriver à moins consommer?

C'est dans le prolongement de cette réflexion et de ces questionnements que nous avons conçu "les éléments de programme", comme un outil d'analyse des facteurs à l'origine de la perte d'autonomie et des services favorisant le maintien, comme une philosophie et une approche qu'il revient aux C.L.S.C. d'opérationnaliser dans un plan d'intervention, s'ils le jugent à propos.

Le D.S.C. Honoré-Mercier est disposé à poursuivre ainsi la démarche entreprise sur une politique du maintien et à fournir le support et la collaboration nécessaires.

CHAPITRE 1

MAINTIEN DE LA PERSONNE AGÉE, HANDICAPEE
DANS SON/UN
MILIEU DE VIE NATUREL

1.1 DEFINITION DE LA NOTION MAINTIEN

En 1979, le Ministère des Affaires Sociales déclarait: "Les services à domicile sont un élément majeur d'une politique de maintien à domicile. Ils n'en sont certes pas la seule composante. Conjointement avec des actions d'amélioration du logement, du transport et du revenu, ces services constituent l'un des axes principaux d'une politique de maintien à domicile".³ Une telle approche fait appel à une conception des services avant tout centrés sur le domicile.

Le professeur Zay⁴ définit le concept de *maintien* par: "l'action de maintenir, faire durer et conserver dans le même état, ce qui existe déjà". Une telle définition sous-entend:

- une certaine part de contrainte si le maintien ne se situe pas dans une perspective de soutien, de support à l'autonomie;
- une volonté de prolonger une situation où nous risquons de rechercher non une amélioration de la situation antérieure, mais le statu-quo.

Cette conception nous apparaît trop limitative si nous désirons répondre au sentiment de sécurité de la personne âgée et de la personne handicapée.

Par maintien de la personne âgée, de la personne handicapée, dans un milieu de vie naturel, nous entendons l'ensemble des dispositions prises dans le domaine des lois,

du logement, du transport, du revenu, de la santé, du social, du communautaire, etc. devant permettre à la personne âgée, à la personne handicapée, de demeurer, si elle le désire, non seulement dans sa maison ou son appartement et d'y mener une vie autonome * mais aussi de rester en contact avec son environnement selon ses besoins. **

-
- * De nombreuses études semblent démontrer que les personnes âgées préfèrent demeurer chez elles en dépit des conditions de logement parfois difficiles ou de problèmes de santé. Un des facteurs qui explique ce choix est l'attachement à l'environnement social. "Déménager serait abandonner son propre cadre de référence: on ne serait plus Monsieur et Madame D..., troisième étage, porte gauche, bien connu de leurs voisins."

Cf.: Adler, Marie-Hélène: Passeport pour le 3e âge, p.146. Calman, Levy, France 1974. En France, seulement 7% des personnes âgées aimeraient changer de logement.

Cf.: "Consultation auprès des personnes âgées de plus de 65 ans de la région socio-sanitaire de Québec en vue d'établir une politique de soins et de services à domicile," Janvier 1975, C.R.S.S.S. de Québec, p.58: 70,8% des personnes âgées préféreraient demeurer là où elles sont.

L'intervenant est invité à ne pas confondre le désir de quitter son domicile avec le désir d'être hébergé. Nous avons deux concepts différents et l'un n'égale pas l'autre.

- ** Nous considérons comme utopique de vouloir que toutes les personnes âgées soient actives et en contact avec leur environnement. Dans la population globale, quel est le pourcentage de ceux qui sont impliqués dans autre chose que leur travail?

Une telle approche dépasse une politique centrée sur les services à domicile. C'est pourquoi, nous préférons parler de maintien de la personne âgée, de la personne handicapée, dans son/ou un milieu de vie naturel * plutôt que de maintien à domicile. Les services à domicile doivent, s'ils veulent avoir toute leur efficacité, s'appuyer sur des services qui touchent aussi la vie sociale et communautaire de la personne âgée, de la personne handicapée. C'est la condition, à notre avis, qui amènera celles-ci à un plus grand sentiment de sécurité, ce qui pourra alors influencer leur volonté de demeurer à domicile. Dans cette perspective, il ne s'agira pas uniquement d'aider la personne à s'adapter à son milieu, mais aussi de rendre celui-ci plus adapté à la personne.

François Béland, dans son étude portant sur le désir d'hébergement des personnes âgées, démontre que ni l'aide provenant de l'extérieur du domicile, ni la perte d'autonomie n'influencent le désir d'hébergement. Ce qui définit ou non les conditions nécessaires au maintien de la personne âgée dans son milieu est le contexte dans lequel cette perte d'autonomie est venue. Une telle approche suppose une concertation de l'ensemble des établissements et organismes concernés par les services aux personnes âgées.

* Dans certains cas, le déménagement doit pouvoir être envisagé, surtout lorsqu'il favoriserait le maintien des capacités de la personne.

1.2 PHILOSOPHIE D'INTERVENTION AUPRES DES PERSONNES AGEES, HANDICAPEES

Accepter la *normalisation*, c'est en fait modifier la vision, l'approche que nous avons de la personne âgée, de la personne handicapée. Jusqu'à récemment, même si l'on s'en défendait, on voyait à travers la personne âgée, handicapée, essentiellement une personne en perte d'autonomie. Notre approche désire amener les intervenants à voir des personnes capables certes de relations des plus régressives mais aussi des plus autonomes. La personne âgée, handicapée est un être qui possède tant et aussi longtemps qu'elle demeure en vie un potentiel plus ou moins important, selon l'âge, l'handicap, de renouveler et d'actualiser ses forces.

De nos jours, il est admis que les enfants deviennent souvent ce que leurs parents, leurs professeurs... leur disent qu'ils sont. Les parents peuvent aider leurs enfants à s'accepter, à s'apprécier et ainsi à acquérir un sens de leur propre valeur, ce qui facilite le développement et la réalisation du potentiel de l'enfant.

Nous pensons que nous pouvons avoir en partie cette même influence dans nos relations avec la personne âgée, handicapée. Si le travailleur social, l'infirmière, le médecin, etc. voient dans la personne âgée, handicapée, une personne possédant, tant et aussi longtemps qu'elle demeurera en vie, un potentiel plus ou moins important pour renouveler et actualiser ses forces, alors ils pourront aider celles-ci à s'accepter, à s'apprécier, à ré-acquérir un sens de sa propre valeur et par le fait même à soutenir ou réactualiser son esprit d'initiative, d'autonomie.

Nous sommes persuadés que la conception de la personne, que transmet l'intervenant lors d'une activité, est aussi importante que l'activité elle-même. Une telle vision de la personne âgée, handicapée, exige que les éléments de toute politique de maintien dans un milieu de vie naturel incluent une notion de réadaptation et tiennent compte du caractère évolutif des besoins.

En résumé, nous pouvons dire que de toute façon l'âge ne peut être "en soi une contre-indication à la réadaptation. Si les objectifs sont plus modestes chez le vieillard, un gain si minime soit-il dans son autonomie peut signifier un pas de géant au niveau de sa dignité et des conséquences de la maladie sur sa vie de tous les jours." ⁵

Pour conclure, la personne âgée, handicapée, devrait pouvoir vivre et si possible mourir dans son environnement à condition que celui-ci réponde à ses besoins.

Toutefois, ce maintien dans son environnement devrait tenir compte des dix principes suivants: ⁶

1. Le partage des bénéfices du développement.

"Les politiques à l'égard des personnes âgées, handicapées, doivent être formulées en tenant compte des besoins des autres groupes de la population".

2. L'individualité des personnes âgées, handicapées.

3. La non dépendance.

"Les services doivent viser l'autonomie de la personne, que ce soit dans les domaines de la santé, de

l'habitation, du transport et des services sociaux". La prédominance des soins d'entretien au détriment des soins de réadaptation, les attitudes de surprotection des intervenants (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, etc.) contribuent à la diminution de l'autonomie des personnes âgées. Ainsi d'une part, il importe de ne pas surprotéger les personnes âgées, d'autre part, il est nécessaire de leur offrir tous les services pour qu'elles puissent garder leur capacité ou recouvrer leur autonomie.

4. *La liberté de choix.*

"Par des systèmes flexibles de soins et de services, on laissera aux personnes âgées, handicapées, la liberté de choisir face à différents types de ressources et de services".

5. *Les services à domicile.*

Toute politique de soins et de services à l'égard des personnes âgées, handicapées, doit s'engager sans équivoque vers le maintien à domicile.

Nous acceptons actuellement les résultats des études de Katz et Al (1972), de Neilson et Al (1972), de Weissert et Al (1980), de François Béland (1983), qui "démontrent à des degrés divers que les services et soins à domicile ont peu d'effets significatifs sur les taux de mortalité, sur le bien-être psychologique ou sur l'institutionnalisation". C'est pourquoi, il nous apparaît que tout programme qui désire amener

les personnes âgées, handicapées, à demeurer dans leur milieu de vie naturel ne peut réussir que s'il s'appuie sur une véritable politique de la personne âgée, handicapée.

Changer les mentalités prend du temps. La société a trop souvent présenté le centre d'accueil comme étant la solution, il nous reste à démontrer aux personnes âgées, handicapées, que rester dans un milieu de vie naturel est plus revalorisant. Encore faudrait-il que les services offerts à la personne qui demeure dans son milieu compensent du moins en partie ceux offerts en centre d'accueil, c'est-à-dire soient stables, souples, fiables et s'harmonisent les uns aux autres. La société n'ose plus présenter les orphelinats comme étant un milieu naturel pour l'enfant, pourquoi le centre d'accueil pour personnes âgées le serait-il?

6. *L'accessibilité*

"Les services publics doivent être accessibles à toutes les générations. Non seulement les services de santé, mais également les services de loisir, d'éducation..."

7. *L'engagement des personnes âgées, handicapées*

"Toute politique doit promouvoir la cohésion entre les générations, par exemple, en encourageant les personnes âgées, handicapées et leur famille à partager la responsabilité du développement de mesures pour l'amélioration du bien-être de la communauté dans son ensemble".

8. *La mobilité*

"La mobilité des personnes âgées, handicapées, leur permettant de se déplacer à l'intérieur de leur communauté et même à l'extérieur de celle-ci doit être considérée comme un objectif prioritaire".

9. *La productivité*

"Tout doit être mis en oeuvre pour permettre à la population âgée, handicapée, de maintenir une vie sociale et économique productive, dans la mesure du possible".

10. *Prise en charge de sa propre santé par la personne âgée, handicapée.*

1.3 DEFINITION DE LA NOTION BESOIN

Avoir pour objectif le maintien de la personne âgée, handicapée dans son milieu de vie naturel présuppose que les services qui seront mis en place répondront à leurs besoins. Or, si tout le monde s'accorde pour dire que les services doivent répondre aux besoins, peu arrive à faire un consensus sur ce qu'ils entendent par besoin. La notion de besoin est certainement une des notions les plus étudiées en psychologie, économie, sociologie... mais aussi une notion des plus controversées à l'intérieur d'une même discipline: "Les besoins sont ce qu'il y a de plus obstinément inconnus entre tous les inconnus dont s'occupe la science économique",⁷ certains auteurs allant même jusqu'à nier son existence (Baudrillard *).

Toutes ces querelles sur la définition des termes peuvent paraître inutiles et futiles, mais comme nous allons le voir, il s'avère que la définition retenue a un impact sur les services que nous pouvons offrir ou organiser pour les personnes âgées, handicapées. C'est pourquoi il apparaît important de clarifier les différentes définitions du terme besoin afin d'en proposer une qui respecte notre conception de la personne âgée, handicapée et sur laquelle s'appuiera toute philosophie des services.

Chombard de Lauwe⁸ dégage trois auteurs de base: Marx, Halwachs⁹, Veblen¹⁰. On peut rattacher à l'un ou l'autre de ces auteurs ce qui a pu s'écrire sur le sujet en économie, en sociologie, en psychologie.

* Pour cet auteur "il n'y a de besoins que parce que le système en a besoin". Cf.: Patrice Grevet: "Le moment objectif des besoins". Pensée No.180, 1975, p.113.
Cf.: Jean Baudrillard: "La société de consommation" S.G.P.P. 1970, p.121 etc...

1.3.1 Au plan psychologique

Sur le plan psychologique, le besoin désigne avant tout ce qui manque à une personne pour s'accomplir, se réaliser. Dans cette perspective, comme le dit Abraham H. Maslow "son insatisfaction provoque la maladie, sa satisfaction prévient la maladie...". Avec une telle conception, on en arrive à ce que "le besoin vise à sa propre disparition; ... sa satisfaction réalise sa négation".

Si nous poussions jusqu'au bout cette logique, nous en arriverions à "l'instinct de mort de Freud"¹¹. C'est pour échapper à cette difficulté que Maslow différencie entre les besoins de croissance et les besoins fondamentaux *.

1.3.2 Au plan économique

Deux grands courants "ont divisé les théoriciens du besoin en économie".¹² L'un ramène la conception du besoin au désir individuel et à l'étude de la consommation (Say, Boehm-Bawerck, Samuelson) l'autre fait dépendre la notion besoin du système de production (Marx, Ricardo, Alfred Marshall, Keynes...). Pour Chombard de Lauwe, il apparaît difficile de confondre la notion besoin avec celle de désir, de pulsion, d'intérêt de classes.¹² En fait, ces deux courants en arrivent à définir la notion besoin par la demande et donc à confondre le besoin et l'objet, ce qui a pour conséquence:

* Besoin signifie alors accomplissement ou expression de soi. Pour Paul Henry Chombard, accomplissement ou expression de soi n'égale pas besoin, mais aspiration. Cf.: Krech et Crutchfield: "Théories et méthodes de la psychologie sociale". Trad. française P.U.P.; Paris 1951 (2 vol.).

- lorsque le besoin est identifié à la demande, de n'observer que ce que les gens consomment en biens et services,
- lorsque le besoin est confondu à l'objet:
 - . que la valeur de l'objet, donc du besoin, va dépendre de son manque,
 - . que le besoin va dépendre de la production.

1.3.3 Autre façon de concevoir le besoin

Une autre façon de concevoir le besoin est de l'associer à la notion de seuil. La société, par l'entremise de l'expert, décide que la personne qui franchit à la baisse un certain seuil se situe dans un état de tension qu'il importe d'éliminer ou de réduire. Une telle approche employée par exemple par les experts de bien-être¹³ pose plusieurs problèmes:

- quels seront les critères objectifs que nous devons retenir pour fixer le seuil?
- quels seront les critères objectifs pour établir les caractéristiques de l'objet qui devront combler un manque?
- qui va fixer les besoins fondamentaux et d'après quelle base?

Il est souvent très difficile de déterminer quelques critères objectifs pour mesurer ou déterminer un besoin. La plupart du temps, nous sommes obligés de recourir à un jugement de valeur. Il ressort de ce que nous venons de présenter qu'il importe d'ajouter à la dimension objective du besoin une dimension subjective¹⁴ au niveau individuel et au niveau collectif.

1.3.4 La notion retenue

En résumé, il est difficile de réduire la notion *besoin*:

- à la notion de seuil, car alors cela reviendrait à faire dépendre la qualité et la quantité des ressources, ainsi que la manière de les utiliser, d'un jugement de valeur,
- à ce que désirent, souhaitent, demandent les personnes. Cela équivaudrait à confondre la notion besoin avec celle de désir, de pulsion, d'intérêt de classes et à accepter le postulat que la personne est toujours apte à exprimer ses besoins en fonction de sa situation. Nous risquons alors:
 - . de passer à côté des véritables problèmes, la personne ne pouvant s'exprimer qu'à travers ce qui lui est proposé par son univers culturel et économique,
 - . de favoriser les personnes qui savent s'organiser, faire entendre leurs revendications.

La définition retenue est que "le besoin est un état provoqué par un écart entre ce qui est nécessaire au sujet et ce qu'il possède actuellement".¹⁵

Nous acceptons que le besoin soit lié à "des pulsions internes de l'organisme". Le besoin peut, soit susciter les pulsions internes, soit en être le résultat:

Lorsque l'exigence créée par les pulsions vient de la nature de la vie de l'organisme, c'est la nécessité qui est en cause. Lorsque'elle vient de la vie sociale, c'est l'obligation qui est en cause. Ainsi, nous pouvons avoir des besoins marqués "par la nécessité ou par l'obligation ou les deux à la fois".

Cet état de besoin, de nécessité, peut être soit observé et analysé de l'extérieur (étant donné par exemple les conséquences physiologiques qu'il entraîne), soit ressenti de l'intérieur.

En résumé, il ressort:

- que le besoin doit être différent de l'aspiration, par contre une aspiration peut devenir besoin,
- que "le besoin doit être marqué par la nécessité vitale et/ou l'obligation sociale".

Cette conception du besoin suppose:

- 1- que si certains besoins sont universels et assez stables au cours de la vie (manger, boire, etc...), d'autres besoins varient selon les époques, l'âge, les personnes, les groupes de personnes. Dans ce cas,

nous parlerons surtout d'activités rejoignant des personnes ou des groupes de personnes (population-cible) selon le ou les besoins identifiés, ceux-ci étant suffisamment souples pour suivre l'évolution de la société ou des personnes rejointes,

- 2- qu'il importe d'ajouter à la dimension subjective du besoin, une dimension objective.

1.4 L'APPROCHE DU MAINTIEN SELON LES FACTEURS DE RISQUE

L'approche des *facteurs de risque* est une façon de définir l'écart existant ou potentiel entre la nécessité et la situation observée qui peut créer un besoin.

L'O.M.S. dit des facteurs de risque qu'ils sont des "caractéristiques ou des conditions de vie d'une personne ou d'un groupe qui les exposent à un risque accru de contracter ou de développer un processus morbide ou d'en subir plus particulièrement les effets dommageables".¹⁶ L'étude de ces facteurs devrait nous permettre de tenir compte à la fois des dimensions objectives et subjectives. Une telle méthode nous situe dans une approche communautaire de la santé par opposition à une approche individuelle.

L'O.M.S. classe les facteurs de risque en cinq niveaux: biologique, psycho-social, économique, liés à l'environnement, services de santé.

C'est ce que nous proposons d'étudier dans les deux chapitres suivants: le chapitre deuxième portant sur les facteurs de risque pour la santé de la personne âgée et le chapitre troisième portant sur les facteurs de risque pour la santé de la personne handicapée.

REFERENCES

- 1 Guillemand, Anne-Marie. "La retraite, une mort sociale". Sociologie des conduites en situation de retraite. Paris, Mouton, p.26.
- 2 Confère les recherches de Sicotte 1982, BÉland 1982, Pelletier 1983, Contandriopoulos et al 1984.
- 3 Politique du Ministère des Affaires Sociales. "Les services à domicile", 1979, p.6.
- 4 Zay, Nicolas. "Dictionnaire manuel de gérontologie sociale". Presses de l'Université Laval, 1981.
- 5 Hébert, Dr Réjean. "L'évaluation fonctionnelle, un élément essentiel au diagnostic et au traitement en gériatrie". Cité dans le Médecin du Québec, octobre 83.
- 6 OMS. Cité par Michel Desnoyers. "Plan régional de l'organisation des services communautaires pour les personnes âgées de la région Montr gie". CRSSM, juin 83, p.19.
- 7 Knight, cité par Albou P. "Sur le concept de besoins". Cahiers internationaux de sociologie, 1975.
- 8 Chombard de Lauwe. "La Genèse des besoins". Cahiers internationaux de sociologie. Vol. XLVIII, p.28.
- 9 Halwachs, Maurice. "L'évolution des besoins dans les classes ouvrières". Paris, 1932.
- 10 Veblen, Thorstien. "The theory of the liesure class". New York, Macmillan Co., 1912.
- 11 Maslow, Abraham H. "Toward a psychology of being". Litton Educational Publishing Inc., 1968.
- 12 Chombard de Lauwe, Paul Henry. "Les intérêts contre les besoins, la double nécessité". Pensée No.180, PP 122-126, 1975.
- 13 Rapport du Comité spécial du Sénat. "Pauvreté au Canada", 1972.
- 14 Tremblay, Marc-Ad lard et Gérald Fortin. "Les comportements économiques de la famille salariée du Québec". Québec. Les presses de l'Université Laval, 1964.

- 15 Chombard de Lauwe, Paul Henry. "Les intérêts contre les besoins, la double nécessité". *Pensée* No.180, PP 127-133, 1975.
- 16 OMS. "Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque". Genève, 1978, p.1.

CHAPITRE 2

LES FACTEURS DE RISQUE

POUR LA SANTE DE LA PERSONNE AGEE

La notion de risque permet non seulement de définir "les caractéristiques ou conditions de vie d'une personne ou d'une population qui favorisent le développement d'un processus morbide, mais aussi de préciser les couches de population où la probabilité de retrouver ces caractéristiques est supérieure à la moyenne".¹

Nous utiliserons la classification de l'O.M.S. sur les facteurs de risque:

- 2.1 biologique
- 2.2 psycho-social
- 2.3 économique
- 2.4 lié à l'environnement
- 2.5 services de santé

La liste des facteurs retenus ne peut être considérée en aucun cas comme exhaustive car cela irait à l'encontre de la notion "besoin" retenue.

2.1 NIVEAU BIOLOGIQUE

L'âge, le sexe, la maladie, l'état de la dentition, l'handicap physique, la dépression, la maladie cérébrale organique sont des facteurs pouvant accélérer la perte d'autonomie.

2.1.1 L'âge

La vieillesse n'est pas une maladie mais elle prédispose à la maladie, aux handicaps. A mesure que se fait sentir le poids des années, s'accroît rapidement la probabilité de vivre avec une activité restreinte: "A 60 ans, les femmes doivent envisager de passer près de la moitié du temps qu'il leur reste à vivre (soit 11 années sur 22), avec une forme ou une autre de restriction de leurs activités."²*

"Au même âge, les hommes ont, en moyenne, encore 17 ans à vivre dont 6.4 années avec une activité restreinte, ce qui leur donne environ la même espérance de vie en bonne santé que les femmes, soit 11 ans."²*

Passé le cap des 65 ans, la probabilité s'accroît "de voir son activité restreinte de façon permanente": "En 1980, 30.5% des hommes et 38% des femmes vivant chez eux connaissaient cette forme de limitation, et dans plus de 90% des cas, il s'agissait d'une restriction sérieuse, soit d'une restriction certaine dans leur activité principale ou d'une incapacité de l'exercer."³

* Espérance de vie à 60 ans.

Comme on peut s'y attendre, par rapport à l'ensemble de la population, les personnes de plus de 65 ans sont "sur-représentées" sur le plan de la mortalité et de la morbidité. Alors qu'ils ne représentent que 8.7% de la population, leurs parts de décès et de problèmes de santé sont respectivement de 19% et 62%.⁴

De plus en plus, on reconnaît que c'est moins l'âge en soi que l'identité au 3e âge (c'est-à-dire la perception que la personne a d'être vieille) qui intervient nettement sur la perception de l'état de santé des personnes âgées.

C'est cette influence qu'Havighurst et Albrecht ont mis en évidence, c'est-à-dire que les personnes très âgées qui ne s'identifiaient pas au 3e âge mais à *l'âge moyen* possédaient en général un niveau de satisfaction et d'*ajustement* bien supérieur aux personnes qui se reconnaissaient comme étant du 3e âge. Or nous savons que l'appréciation subjective que les personnes âgées font de leur état de santé a une influence sur le désir d'hébergement.⁵

Si l'on admet:

- que la perception que la personne âgée a d'être vieille a une influence sur son niveau de satisfaction et sa capacité "d'adaptation", il serait plus que souhaitable que les intervenants, tant au niveau social qu'au niveau santé, aient une approche valorisante,
- que chez la personne âgée, une déficience non traitée rapidement et intensément peut souvent entraîner une perte définitive d'autonomie:

. alors un service de dépistage principalement pour les personnes de plus de 70 ans apparaît primordial, de même qu'un département de gériatrie active, un centre de réadaptation et un hôpital de jour.

Pistes d'interventions en relation au facteur âge

- . créer un service de dépistage pour les personnes de plus de 70 ans,
- . créer un département de gériatrie active,
- . créer un centre de réadaptation, un hôpital de jour.

2.1.2 Le sexe

"Entre 1931 et 1980, la diminution des taux de mortalité s'établit à 15.0% chez les hommes; mais à 43.7% chez les femmes."⁶ Le tableau 1 met en évidence une accentuation de cette inégalité entre les hommes et les femmes devant la mort.

Tableau 1: Variation (%) des taux de mortalité selon le sexe pour les personnes de 65 ans et plus, par période, Québec, 1930-1932 à 1979-1981.⁷

Périodes Age	1966-1971		1971-1976		1976-1980		1931-1980	
	H	F	H	F	H	F	H	F
65 ans et +	0.1%	-7.2%	-3.7%	-7.8%	-7.6%	-10.9%	-15.9%	-43.7%

Ce déséquilibre s'est constamment accru depuis 1931 pour atteindre 7.92 ans en 1979-1980 en faveur des femmes.⁸ Toutefois, si l'on tient compte de la notion "espérance de vie en bonne santé", l'avance prise par les femmes en termes de mortalité s'estompe. Ainsi, "les hommes québécois passent 16% de leur vie en moyenne (soit un peu plus de 11 ans) avec une restriction d'activités transitoire ou permanente, ce qui réduit leur espérance de vie en bonne santé à 59 ans environ" soit 84% de leur vie.*

Chez les femmes, l'espérance de vie en bonne santé ne représente plus que 77% de leur espérance de vie totale, soit 60.2 ans au lieu de 78.2 ans.^{9*}

Le sexe joue donc un rôle assez significatif quant à la longévité mais non quant à l'espérance de vie en bonne santé. Si l'on tient compte de la dimension "perception", les hommes se percevraient plus autonomes que les femmes; par contre, les hommes seuls seraient plus à risque sur le plan de la nutrition et recevraient beaucoup moins de support de la part de leurs enfants que les femmes seules.

Un certain nombre de femmes préféreraient le statut de malade à celui de femme vieillissante qui dans la société aurait une connotation négative. Cette situation les amènerait à voir la maladie là où beaucoup d'hommes voient la vieillesse. C'est un fait que la société glorifie le corps féminin lorsqu'il est jeune. Simone de Beauvoir dans son livre "La vieillesse" remarque que le terme "beau vieillard" existe au masculin mais pas au féminin. Chez l'homme, montrer que l'on s'inquiète de sa santé passe souvent pour la marque d'une faiblesse. Cette négation de la maladie chez beaucoup d'hommes doit amener les intervenants à tenir compte de cet aspect.

* Espérance de vie à la naissance

Un service de dépistage devrait tenir compte de la variable sexe. Toutefois, cette variable doit être interprétée avec prudence. Des auteurs (dont Lawton), qui se sont penchés sur l'évaluation de l'autonomie des individus, proposent de faire une distinction sexuelle pour l'évaluation des activités de type "soins domestiques": pour les hommes, la lessive, la cuisine etc. pourrait être exclus de l'évaluation.

Or, si traditionnellement ces tâches ont été réservées à la femme, elles sont essentielles aux deux sexes pour vivre de façon autonome à domicile.¹⁰ L'homme ne pouvant les accomplir a une incapacité culturelle mais aussi réelle. Lors de la perte de son épouse, cet handicap potentiel peut devenir actuel et être cause d'une perte plus ou moins rapide d'autonomie.

Pistes d'interventions en relation au facteur sexe

- . *créer un service d'initiation aux pratiques culinaires,*
- . *modifier l'approche des intervenants pour qu'elle tienne compte de la différence culturelle dans la perception que les hommes et les femmes ont de la vieillesse, de l'autonomie, de la maladie, etc...*

2.1.3 La maladie

La vieillesse étant caractérisée par un ralentissement des fonctions physiques et psychiques de la personne, il est tout à fait normal que les personnes âgées de 65 ans et plus soient *sur-représentées* sur le plan de la mortalité et de la morbidité.

La mortalité

D'une façon générale, l'homme de 65 ans aurait été "plus exposé que la femme du même âge aux facteurs environnementaux reliés aux maladies dites de civilisation (affections cardio-vasculaires, cirrhose du foie, cancer du poumon etc.)"¹¹ Ces maladies sont souvent causes du vieillissement et de mort prématurée.

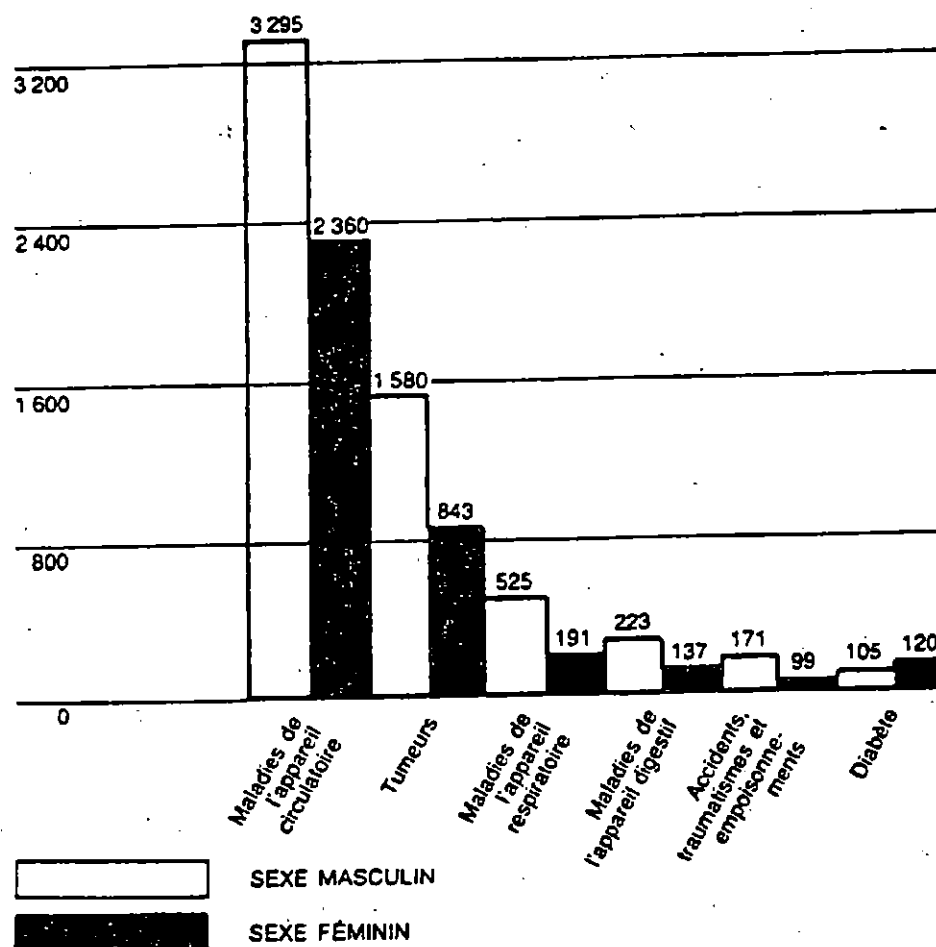
Environ 80% des décès chez les personnes de 65 ans et plus ont pour origine les affections de l'appareil circulatoire (56%) et les tumeurs (23%) (Cf.: graphique 1).

Chez les hommes, nous avons 2.7 fois plus de décès par maladies des voies respiratoires que chez les femmes. L'exposition à la pollution aérienne (ex.: pollution industrielle) les ont certainement rendus plus vulnérables aux infections (pneumonie) et aux maladies chroniques. Nous devons noter qu'au Québec uniquement 19% des hommes de 65 ans et plus n'ont jamais fumé, comparativement à 69% des femmes du même âge.¹²

Graphique 1

Mortalité selon les principales causes et le sexe, dans la population âgée de 65 ans et plus, Québec, 1979-1980

Taux pour 100,000
habitants
4 000



Source:
Ministère des Affaires sociales, Registre de la population. Calculs du
Conseil des affaires sociales et de la famille.

Cité dans "La santé des Québécois," p.100.

La vieillesse entraînant une plus grande fragilité physique, il n'est guère surprenant que les chutes et les accidents (surtout des piétons) soient des causes importantes de mortalité. Les suicides mettent en relief la fragilité psychique des personnes âgées. Chez les femmes, le diabète est une cause importante de mortalité puisqu'il représente 3% des décès.¹³

La morbidité

La vieillesse n'est pas une maladie, mais comme cela a déjà été dit, elle prédispose à la maladie. Les personnes âgées de 65 ans et plus, bien que ne représentant que 8.7% de la population totale, consomment 29% des journées d'hospitalisation dans les C.H. de courte durée et 13% des services médicaux ambulatoires.¹⁴

Les principales pathologies déclarées sont:

- les affections ostéoarticulaires: taux de 491 pour 1000 habitants,
- les maladies cardio-vasculaires, dont la prévalence (426 pour 1000 habitants) est deux fois celle des 45-64 ans,¹⁵
- les maladies des voies respiratoires (122 pour 1000 habitants,
- les problèmes de la vision, de l'audition et les troubles mentaux respectivement 120 et 80 pour 1000 des affections signalées chez les personnes âgées.¹⁶

Si nous analysons le profil d'utilisation des soins ambulatoires, il ressort que:

- environ le tiers des services est attribuable aux maladies de l'appareil circulatoire. Deux maladies prédominent: l'hypertension et les maladies cardiaques,
- les affections ostéoarticulaires arrivent en deuxième position chez les femmes et en troisième chez les hommes,
- les affections des voies respiratoires représentent 14% de cette utilisation par les hommes et 8% par les femmes,
- les troubles de la vision et de l'audition représentent 7% de cette utilisation,
- les maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme représentent 6%. Les 2/3 de ces 6% sont reliés au diabète.

S'il apparaît normal que les personnes âgées consomment davantage de services médicaux que le reste de la population, il n'en demeure pas moins que trop souvent les interventions, parce qu'elles ne tiennent pas compte de l'ensemble des facteurs, apparaissent pour le moins inadéquates.

Pour s'en convaincre, il suffit de penser aux problèmes engendrés par la surconsommation des médicaments, par exemple, nous savons que *les intoxications médicamenteuses sont de loin le facteur le plus fréquemment en cause dans la confusion mentale*. Or chez la personne âgée, plus que chez

tout autre sujet, une cause apparente peut n'être que la conséquence d'une étiologie cachée et ainsi tromper la vigilance du praticien. Le médecin doit apprendre à travailler selon une approche globale.

Une façon d'y arriver serait, surtout dans le cas des maladies chroniques, que les médecins délaissent la conception classique de la maladie (cf.: schéma 1) pour une conception fonctionnelle (cf.: schéma 2).

Schéma 1 17

Conception classique de la maladie.

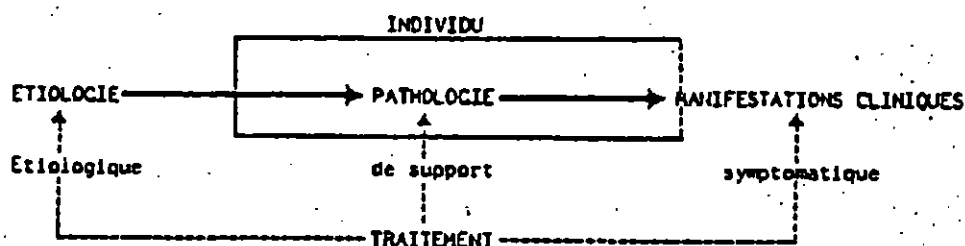
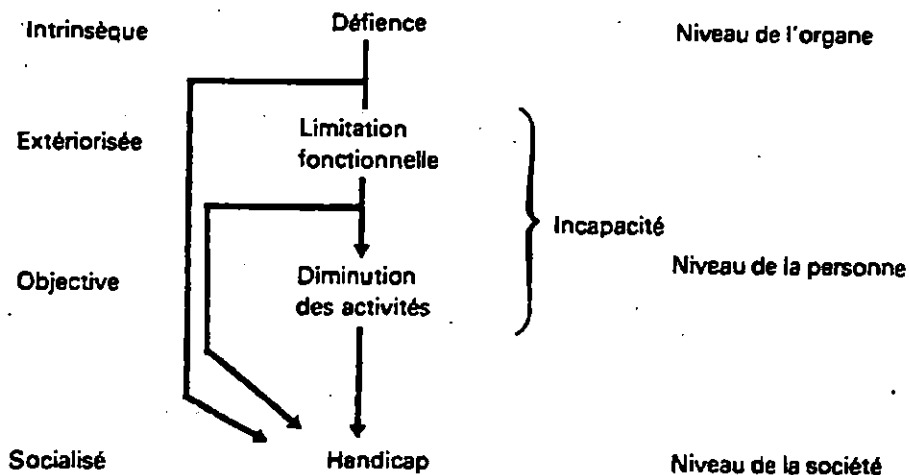


Schéma 2 Conception fonctionnelle de la maladie selon l'O.M.S.



Si, dans le cas des maladies aiguës, la conception classique de la maladie paraît très appropriée, il n'en est pas de même pour la maladie chronique. C'est ce qu'explique le Dr Réjean Hébert¹⁸ lorsqu'il déclare au sujet de la maladie chronique: "L'étiologie est souvent mal connue et quand elle l'est, s'avère multifactorielle en plus de faire intervenir la susceptibilité du sujet. Ensuite sa physiopathologie ne suit pas un modèle de type linéaire mais fait intervenir plusieurs facteurs favorisants ou précipitants. Enfin, les manifestations cliniques ont une autre dimension: elles sont fonction du temps...". "Le traitement aura alors pour but de transformer les handicaps en incapacité, afin de diminuer les conséquences sociales de la maladie dans la vie de tous les jours."

Lorsque nous avons étudié le facteur âge, il a été indiqué que de plus en plus on reconnaissait l'influence de la perception que la personne a d'être vieille sur la perception de sa santé.

Soulignons un autre aspect intéressant. Les auteurs de "l'étude descriptive des personnes âgées de St-Pascal de Maizeret"¹⁹ émettent l'hypothèse que "les personnes se déclarant en mauvaise santé durant leur retraite sont en grande partie les mêmes, qui tout au cours de leur vie, ont été en mauvaise santé", et ils poursuivent en citant l'enquête CORNELL des Etats-Unis qui semble confirmer celle-ci puisqu'elle en arrive à la conclusion "que la santé ne décline pas sensiblement avec la retraite et que même pour certaines catégories

de travailleurs, ceux qui sont sans qualification, la retraite se marque par une amélioration de la santé. *

Pistes d'interventions en relation au facteur Maladie:

- offrir aux médecins une formation à l'approche globale, "adaptée aux besoins de santé des personnes âgées, basée principalement sur les principes d'autonomie fonctionnelle et sur les meilleurs moyens de conserver cette autonomie"²⁰,
- offrir aux infirmières, travailleurs sociaux, etc., une formation à l'approche globale,
- créer un service de dépistage pour les personnes surtout de plus de 70 ans: vision, audition, diabète, etc.,
- sensibiliser les personnes âgées souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques à se faire suivre, le plus possible par le même médecin. Cela est d'autant plus important que l'on compte une moyenne de sept (7) maladies et vingt (20) prescriptions par personne âgée²¹,
- introduire l'utilisation d'un carnet de santé pour chaque personne âgée,
- améliorer le suivi des personnes à risque,
- amener la population à comprendre que la vieillesse n'est pas un symptôme de maladie,
- etc.

* Etude longitudinale faite de 1952 à 1959 aux Etats-Unis. Gordon F. Streib, Clément S. Scheider: "Retirement in American Society, Impact and Process", CORNELL University Press, Ithaca and London 1971. Une enquête française arrive à la même conclusion: "Plus de la moitié des enquêtés ont observé un changement de leur état de santé depuis la retraite. Ceux pour qui ce changement est positif sont plus nombreux que ceux pour lesquels il est négatif...". Françoise Cribier dans *Gérontologie*, No.29, janvier 1979, p.12. Toutefois, on doit se garder de confondre retraite avec vieillesse, avec personne âgée. La retraite ne toucherait que 40% de notre population.

2.1.4 L'état de la dentition

Nous savons tous le rôle que jouent les dents lors de la mastication des aliments; une mauvaise dentition peut entraîner une mauvaise alimentation et par le fait même, avoir une répercussion sur l'état de santé de la personne.

Selon Simard, Brodeur et Kandelman²², l'état de la santé bucco-dentaire des personnes âgées serait pitoyable. Seulement 36.6% des personnes âgées vivant à domicile auraient reçu des soins depuis 5 ans et moins.

En moyenne, le dernier traitement pour les personnes à domicile daterait de 13 ans et pour les personnes en centre hospitalier ou en centre d'accueil, il serait respectivement de 16.2 et 16.4 ans. 80% des personnes vivant à domicile et n'ayant pas reçu de soins au cours des cinq dernières années jugeaient qu'elles n'en avaient pas besoin.

Différentes interventions doivent être envisagées sachant que chez les personnes vivant à domicile:²³

- 85.5% ont des prothèses complètes ou partielles et que chez 13.5% de ces personnes, ces prothèses datent de 30 ans et plus,
- 29.5% ressentent des douleurs ou des ennuis occasionnés par les dents, les gencives, les muqueuses ou les prothèses,
- 41.0% sont insatisfaits des prothèses,

- le nombre moyen de dents présentes chez les individus non édentés est de 12.48,
- 20.7% devraient recevoir un traitement.

Pistes d'interventions en relation au facteur état de la dentition:

- sensibiliser les thérapeutes aux problèmes buccaux des personnes âgées. Selon Simard, Brodeur et Kandelman, ceux-ci seraient insuffisamment sensibilisés,
- sensibiliser les organismes travaillant auprès des personnes âgées à la santé bucco-dentaire,
- offrir une formation spécifique aux problèmes bucco-dentaires des personnes du 3e âge dans les facultés de médecine dentaire,
- rendre accessibles les services dentaires en fixant des honoraires qui tiennent compte des revenus,²⁴
- etc.

2.1.5 L'handicap physique

Certaines personnes âgées ont tendance à considérer comme normal tout phénomène physique (presbyacousie, diminution de la perception visuelle, diminution de la mobilité, etc.) entraînant une diminution de leur autonomie, alors qu'un correctif immédiat donne souvent de bons résultats.

De même, les chutes s'accompagnent souvent de blessures graves pouvant causer une incapacité fonctionnelle. Elles représentent 45% de la mortalité²⁵ par accidents et traumatismes. Cinq pour-cent (5%) des journées d'hospitalisation de courte durée sont attribuables aux chutes accidentelles, dont les trois quarts sont attribuables aux femmes.

Nombreux sont les facteurs à l'origine des chutes chez les personnes âgées: troubles visuels, baisse de l'acuité auditive, faiblesse musculaire, troubles de l'équilibre, dépression, claudication intermittente, effets secondaires des médicaments, éclairage insuffisant, mauvais état des planchers, planchers inégaux, absence de rampe, tapis usés, surface glissante.

Pistes d'interventions en relation au facteur handicap physique:

- actualiser la formation médicale au niveau du diagnostic ex.: "un vieillard en état de carence sensorielle ou très malade semblera facilement dément, et cette impression entraînera des erreurs diagnostiques et pronostiques parfois catastrophiques pour le malade",²⁶
- sensibiliser les intervenants à domicile à identifier les obstacles physiques,
- créer un service de dépistage pour détecter les troubles visuels, la baisse de l'acuité auditive, les troubles d'équilibre, etc.,
- assurer le contrôle de la médication,

- améliorer la sécurité des lieux de résidence,
- sensibiliser les personnes âgées à leur sécurité par des campagnes d'information,
- s'assurer que les services de physiothérapie, d'ergothérapie répondent aux besoins,
- définir une politique de promotion d'activités physiques,
- octroyer des allocations pour des modifications architecturales aux personnes à faible revenu.

Plusieurs de ces interventions n'exigent aucun personnel supplémentaire mais seulement la volonté d'agir. Qui dit handicap dit perte d'autonomie, or les recherches ont démontré l'influence du degré d'autonomie chez la personne âgée en relation avec:

- sa perception de l'isolement
- son sentiment d'inutilité,
- sa solitude,
- la perception de son état de santé et subséquemment, sa consommation de soins médicaux.

2.1.6 La dépression

Les auteurs de "Pour une politique de prévention en santé mentale à l'intention des personnes âgées"²⁷ indiquent que "l'incidence (nombre de nouveaux cas par année) de la

maladie mentale chez les 65 ans et plus est de l'ordre de 236 personnes sur 100,000 alors que le nombre tombe à 93 pour les 35-54 ans".²⁸ "Plus de 50% des maladies mentales des personnes âgées sont des dépressions. La prévalence (nombre de cas actuels) de la dépression chez les personnes de 65 ans et plus vivant à domicile, est d'environ 189 pour 1000 habitants.²⁸ Cette prévalence augmente de plus du double dans les résidences et centres d'accueil.²⁷

Selon les mêmes auteurs, il y aurait "25% de tous les suicides chez les 65 ans et plus, alors qu'ils représentent 8% de la population (les suicides sont plus fréquents chez les veufs (ves) surtout dans les deux années qui suivent le décès du conjoint)".

De tels chiffres mettent en évidence la gravité du problème chez les personnes âgées. Parmi les causes à l'origine des problèmes de santé mentale on note:

- la malnutrition (celle-ci peut être la cause ou la conséquence),
- l'isolement (c'est moins le fait d'être seul mais plutôt d'habiter en zone urbaine, d'être atteint d'une incapacité et surtout d'avoir déjà été traité pour dépression),
- l'inactivité,
- le stress suite à la perte d'un conjoint, d'un déménagement, etc.,
- les médicaments (effets secondaires),
- etc.

Pistes d'interventions en relation au facteur dépression:

- *actualiser la formation des intervenants: leur apprendre à tenir compte de l'histoire des personnes et à l'analyser,*
- *offrir un service d'appel principalement matin et soir,*
- *assurer un service de visites après un déménagement, un décès,*
- *renforcer les structures sociales de la personne: parainage, associations, support,*
- *créer des réseaux d'entraide,*
- *assurer le contrôle de la médication (carnet de soins),*
- *offrir aux familles gardant des personnes âgées, des outils de support,*
- *instituer un service d'évaluation psychiatrique rattaché à un département de gériatrie active.*

2.1.7 La maladie cérébrale organique

La confusion n'est pas une maladie mais souvent une première manifestation de détérioration cérébrale. Onze pour-cent (11%) des personnes âgées seraient atteintes du syndrome cérébral organique.²⁹ Celui-ci comprend plusieurs symptômes, dont habituellement:

- les troubles d'orientation dans le temps et l'espace, difficulté à reconnaître les personnes connues,
- les troubles de mémoire, principalement pour les faits récents,
- les troubles de la fonction intellectuelle,
- les troubles de jugement,
- les troubles de l'affectivité

et parfois:

- l'hallucination,
- le délire de persécution.

Trop souvent, face à la personne âgée, les intervenants peuvent avoir une attitude défaitiste. Le Dr Marcel Arcand écrit:³⁰ "l'état confusionnel chez une personne âgée est comme la fièvre chez un enfant: c'est un symptôme et non un diagnostic... La fonction du cerveau comme celle des autres organes peut être en état de décomposition ou d'insuffisance...". Cette conception "nous rappelle que, même si fréquemment la symptomatologie résulte d'un dommage cérébral important, il existe une multiplicité d'étiologies primaires ou de facteurs précipitants dont plusieurs sont d'origine extra-cérébrale... Elle invite le clinicien à adopter un certain optimisme, car elle implique (cette conception de la maladie) la possibilité que des facteurs étiologiques soient réversibles et que nous puissions être capables, non seulement de contribuer à l'amélioration de nos patients, mais parfois même de les guérir".

L'optimisme que suggère le Dr Marcel Arcand ne peut se concrétiser que s'il s'appuie sur une solide formation. En 1979, "une étude anglaise révélait une incidence élevée d'erreurs de diagnostic (31%) chez des patients étiquetés déments".

Plusieurs facteurs peuvent accélérer la détérioration de la santé mentale: les intoxications médicamenteuses, une modification de l'environnement, une situation stressante, l'alcoolisme, une diminution de l'audition, de la vision, etc. La personne âgée vit à l'intérieur d'un processus de perte qui affecte son équilibre mental. Dans ce cas, la confusion peut parfois être vue comme un appel à l'aide.

MALADIES CEREBRALES ORGANIQUES ³¹	
Démences	Déliriums
Dégénératrices:	Réversibles:
démences de type Alzheimer	. intoxications médicamenteuses
Réversibles:	. alcoolisme
démences causées par maladies cérébro-vasculaires	. certains troubles organiques
Irréversibles:	
. autres démences	
. maladie de Pick	
. maladie de Parkinson	
. chorée de Huntington	

S'il est important d'essayer d'améliorer la situation des personnes souffrant d'une maladie cérébrale, il ne faudrait pas oublier le stress imposé aux familles qui gardent ces

personnes. "Une étude anglaise démontrerait un taux élevé de dépression (14%) dans les familles qui gardent une personne âgée démente contre un taux de seulement 4% pour les familles qui n'ont pas à charge une personne démente".³²

Pistes d'interventions en relation au facteur Maladie cérébrale organique:

- *actualiser la formation des intervenants,*
- *créer un service de dépistage,*
- *assurer le contrôle de la médication,*
- *offrir un service d'appel principalement matin et soir,*
- *offrir des protocoles d'application de techniques thérapeutiques qui visent à augmenter les points de repérage spatio-temporel, les points d'ancrage affectif, etc...*
- *offrir un service de garderie,*
- *offrir aux familles gardant des personnes âgées, des outils pour les aider à comprendre, à faire face à ce qui se passe.*

2.2 NIVEAU PSYCHO-SOCIAL

L'évolution de la société vers une phase industrielle, en mettant l'accent sur l'organisation scientifique du travail et donc sur la production, en réduisant la famille à sa dimension biologique, en modifiant les conditions de vie, a eu tendance à mettre la personne âgée à l'écart. Cette "mise hors circuit"³³ ne peut qu'engendrer l'isolement social qui à son tour est source d'insécurité.

2.2.1 L'isolement social

La compréhension que nous pouvons avoir de l'isolement social des personnes âgées variera considérablement selon celui qui en parle. Il en est de même des auteurs tels que Elaine Cumming, William C. Henry, Robert J. Hanighurst, Nevgarten, Philibert, Anne-Marie Guillemard, etc.

Comme dans le cas de la notion *besoin*, toutes ces conceptions peuvent passer pour superflues, pourtant le fait d'adhérer à l'une ou à l'autre n'est que le reflet de la compréhension que nous nous faisons du vieillissement. Or, il est généralement admis que si le problème est mal posé au départ, les solutions pour résoudre celui-ci risquent à leur tour d'être boiteuses et insatisfaisantes.

Certains auteurs partent du postulat que, dans notre société industrielle, le travail est ce qui intègre la personne dans la vie sociale. Dans cette perspective, la retraite* ne pourrait que signifier la fin du devoir principal

* Cette approche en arrive à confondre retraite avec vieillesse, avec personne âgée. Or, cette catégorie de personnes ne représenterait que 40% de notre population. Cf.: Nicolas Zay. La gérontologie sociale. Carrefour des Affaires Sociales. Vol.5, No.2, p.19.

de la personne et donc le début d'un processus de désengagement. Ainsi, pour Elaine Cumming et William Henry, la vieillesse réussie est l'acceptation et le désir de désengagement de la vie active. Une telle conclusion n'inspire guère la plupart des intervenants sociaux qui préfèrent se tourner vers le père de la théorie de l'activité, Robert J. Havighurst.

Pour cet auteur, les personnes âgées essaient de nier le plus longtemps possible l'existence de la vieillesse. Pour cela elles tentent de garder le plus longtemps possible les comportements et les normes de l'âge adulte.

Cette théorie est à la base de la plupart des programmes pour personnes âgées dans les organismes de services communautaires. Toutefois, elle a le désavantage de ne pas tenir compte complètement de la réalité. Elle conduit même à la négation de la vieillesse. Elle met de l'avant que les personnes âgées doivent garder les rôles de l'âge mûr ou leur en substituer de nouveaux.

Cette théorie ne tient donc pas compte des personnes qui, pour une raison de santé ou une autre, ne peuvent garder les rôles qu'elles jouaient pendant l'âge mûr ou compenser par de nouvelles activités. Dire d'eux qu'ils n'ont pas une vieillesse réussie n'est non seulement pas évident, mais ne règle rien.

De ces deux conceptions de la vieillesse, on peut dégager un point commun: toutes deux considèrent la vieillesse comme une période de mise à l'écart de la personne âgée par la société. Alors que la théorie du désengagement considère comme réaction normale l'acceptation de cette situation, la théorie de l'activité estime comme naturelle la recherche de compensation par l'activité.

Que penser de tout cela? Il est préférable de concevoir la vieillesse comme un processus. La retraite* est alors un événement, certes majeur, mais parmi d'autres, à l'intérieur de celui-ci. L'individu, de même qu'il a durant sa vie de multiples possibilités d'adaptation, a tout au long du processus de vieillissement une capacité plus ou moins grande de s'y adapter. Une telle approche laisse entrevoir de nombreuses alternatives et respecte davantage la personne âgée.

L'objectif ne sera plus de garder toutes les personnes âgées actives, d'ailleurs dans la population globale, quel est le pourcentage de ceux qui sont impliqués dans autre chose que leur travail? Dans cette perspective, l'isolement social en tant que non implication dans le milieu ne sera pas automatiquement facteur de risque, mais il le deviendra lorsqu'il sera accompagné d'autres phénomènes comme la maladie, la séparation, le divorce, le veuvage...

De plus il importe de distinguer isolement et solitude. "L'isolement est une absence de contacts tandis que la solitude est une insatisfaction ressentie à l'égard de l'état des contacts".³⁴

Des recherches ont mis en évidence que la perception de la solitude ainsi que le sentiment d'inutilité étaient plus élevés chez les personnes âgées veuves, séparées ou divorcées que chez les personnes mariées ou célibataires. Le veuf aurait plus de difficulté à s'intégrer dans un système social que la veuve. Nous pouvons aussi émettre l'hypothèse que plus la perception de l'isolation sera grande, plus la personne sera susceptible de vouloir déménager ou être hébergée.³⁵

* On doit se garder de confondre retraite avec vieillesse, avec personne âgée. La retraite ne toucherait que 40% de notre population. Toutefois celle-ci entraîne parfois des perturbations dans la vie du couple qui doit réapprendre à vivre ensemble. Une formation à la retraite (du couple) est alors indispensable.

Si, comme cela a été dit, la personne a des possibilités d'adaptation tout au long de son processus de vieillissement, encore faut-il les soutenir par des activités préventives de formation, dépistage, support, etc.

Les personnes les plus isolées ont généralement les caractéristiques suivantes:

- sexe féminin
- mauvais état de santé
- revenus faibles
- âgées de plus de 70 ans

Pistes d'interventions en relation au facteur isolement social.

- *assurer le support psycho-social des personnes à risque*
- *favoriser le pairage des personnes à risque*
- *impliquer davantage les familles*
- *créer des associations de groupes à risque*

2.2.2 La sécurité

Différentes enquêtes tant aux Etats-Unis qu'au Canada révèlent que la crainte d'être agressée constitue pour la personne âgée un des problèmes les plus sérieux, précédant même les problèmes de santé et de solitude.

Certes il est très difficile de sécuriser une personne lorsque sa crainte est fondée sur son sentiment de faiblesse et une image violente de la société, toutefois des actions peuvent être envisagées:

Pistes d'interventions en relation au facteur sécurité:

- favoriser le "pairage"
- centraliser les urgences vers un numéro unique
- créer un service d'appel matin et soir pour les personnes à risque
- créer un service d'urgence 24 heures sur 24, etc...

2.3 NIVEAU ECONOMIQUE

Au Québec, 63% des personnes âgées reçoivent le supplément de revenu garanti. Or, 82% de ces personnes sont des femmes. Cette situation financière ne peut avoir que des effets déplorables sur la qualité du logement, la nourriture, etc.

Toutes les recommandations que nous pourrions faire ont une résonance politique. Nous ne pouvons qu'encourager les organismes à faire pression pour modifier la situation.

Les programmes visant l'autonomie des personnes âgées, le dépistage, doivent faire en sorte de rejoindre et d'assurer le suivi de ces personnes, *principalement les femmes vivant seules. En effet, ce sont les catégories de personnes âgées dont la position sociale, mesurée en termes de revenus ou de conditions d'habitat est la plus précaire, qui semblent être les plus atteintes par le processus de détérioration physique entraînée par le vieillissement.*

Tout en reconnaissant le besoin d'intervenir au niveau économique, nous pensons qu'il existe un décalage entre la perception qu'ont les intervenants de la situation économique des personnes âgées et celle de ces derniers par rapport à leur propre situation.

Nombreux sont les travaux du M.A.S., des D.S.C. (ex.: D.S.C. région 6A) etc., qui mettent le revenu comme un des principaux problèmes sur lequel la société et les intervenants doivent agir. Or, une étude des besoins des personnes âgées de la région Laurentides - Lanaudière (juin 1977 - juin 1979) intitule un des chapitres de la recherche:³⁶ "Le niveau économique: un "faux problème" du 3e âge" et déclare que "les

personnes âgées de la région Laurentides - Lanaudière sont loin d'exprimer leur désarroi face à leur situation financière et cela est nettement prouvé dans notre recherche".

Une étude descriptive faite³⁷ en 1977 dans la paroisse de St-Pascal de Maizeret (une des paroisses les plus défavorisées³⁸ du quartier de Limoilou à Québec) révéla que les personnes en-dessous du seuil de pauvreté désiraient tout juste de quoi se situer autour du seuil de pauvreté.

Que penser de cette situation? Il importe de ne pas confondre la réalité surtout définie par des normes, de la perception qu'ont les personnes qui vivent cette même réalité. Certes, notre intention n'est pas d'accepter que des personnes qui durant toute leur vie ont eu un revenu se situant au-dessous ou autour du seuil de pauvreté puissent se satisfaire de leur situation même précaire tout simplement parce qu'eux-mêmes ne peuvent plus en envisager une autre.

*La prise de conscience du décalage existant entre les "experts" et les personnes âgées met en évidence que toute intervention de type "financière" surtout si elle désire rejoindre les gens les plus démunis, doit être "intégrée dans le cadre d'une réorientation et d'une modification d'attitude entraînant une revalorisation"*³⁹ *des personnes âgées.*

Pistes d'interventions en relation au facteur économique.

- *concevoir une politique "financière" qui s'intègre dans le cadre d'une réorientation et d'une modification d'attitude entraînant une revalorisation des personnes âgées.*

2.4 NIVEAU ENVIRONNEMENT

Au niveau de l'environnement socio-culturel et physique, la malnutrition, la toxicomanie, la sédentarité, le manque de contrôle sur le milieu de vie sont des facteurs émergeants.

2.4.1 La malnutrition

En 1975, Nutrition-Canada notait que "les personnes âgées, les hommes surtout, constituent le groupe le plus vulnérable aux carences alimentaires".⁴⁰

Les habitudes alimentaires non équilibrées font qu'une femme sur quatre et un homme sur dix seraient obèses, 50% de la population féminine et 10% de la population masculine présenteraient un taux de cholestérol sérique élevé.⁴¹ Certaines maladies non traitées peuvent engendrer la malnutrition: diabète, cirrhose, dépression, de même que la surconsommation de médicaments: cela se traduit alors par des carences nutritionnelles pouvant devenir graves avec le temps.

Les facteurs à l'origine de la malnutrition sont nombreux:

- l'indigence
- l'isolement
- l'inactivité
- le sentiment d'inutilité
- le bas niveau d'instruction
- la tristesse, dépression
- la perte du goût, de l'odorat

- le mauvais état de la dentition (72% des 65 ans et plus sont édentés au Québec, 80% des Québécois âgés n'ont pas reçu de services dentaires lors des cinq dernières années pour la simple raison qu'ils n'en voyaient pas la nécessité)
- les maladies
- les incapacités physiques
- la consommation abusive de médicaments
- l'alcoolisme
- les mauvaises habitudes alimentaires.

La malnutrition peut entraîner des conditions pathologiques telles que l'anémie, l'ostéoporose, la dépression, la démence, les troubles gastro-intestinaux, etc. Vouloir prévenir la déficience alimentaire chez la personne âgée, c'est en fait vouloir la garder autonome.

Même si de nos jours l'influence de la nutrition sur l'état de santé a été largement démontrée, amener quelqu'un à modifier ses habitudes alimentaires est un objectif souvent difficile à atteindre.

Pistes d'interventions en relation au facteur: malnutrition.

- diffuser de l'information surtout auprès des hommes vivant seuls,
- créer un service de popote,
- assurer le contrôle de la médication,
- créer un service de dépistage: dentition, personnes malades, handicapées, dépressives,
- offrir des cours d'initiation aux pratiques culinaires principalement pour les hommes vivant seuls,
- etc.

2.4.2 La toxicomanie

Deux principaux facteurs sont à l'origine de la toxicomanie chez les personnes âgées:

- A) La surconsommation de médicaments
- B) L'alcoolisme.

A) La surconsommation de médicaments

En étudiant les différents facteurs de risque pour la santé de la personne âgée, il a été plusieurs fois noté que les intoxications médicamenteuses ou la surconsommation de médicaments étaient souvent à l'origine de la dépression, de la malnutrition, de la faiblesse musculaire et conduisait presque inévitablement la personne à la dépendance physique. En effet "les modifications physiologiques qu'entraînent l'âge, l'équilibre homeostatique fragile et la sensibilité de certains récepteurs favorisent chez les personnes âgées une intolérance plus marquée aux médicaments".⁴² "Le risque d'effets indésirables serait presque deux fois plus élevé entre 60 et 70 ans qu'entre 30 et 40 ans".⁴³ Or, le problème est d'autant plus inquiétant que selon M. Bernard Heneman, épidémiologiste, on noterait non pas une baisse mais "une tendance à l'augmentation dans le temps de la part des médicaments prescrits dans la consommation pharmaceutique totale".⁴⁴ Or, 50% des médicaments prescrits seraient inutiles et 10% nuisibles.⁴⁵ "Au Québec en 1976, il y aurait eu 3426 hospitalisations dues aux effets adverses des médicaments".⁴⁶ La projection des données américaines ferait de la maladie iatrogène la 8e cause de décès.

S'il apparaît normal que les personnes âgées consomment davantage de services médicaux, certains chiffres soulèvent des interrogations:

- pendant l'année 1980 nous aurions eu une moyenne de 25 prescriptions émises pour chaque personne âgée⁴⁷
- "les personnes âgées qui représentent 8% de la population québécoise, reçoivent 25% des ordonnances, dont 50% pour les tranquillisants mineurs".

Or, comme le souligne Barbeau et Julien, deux pharmaciens et chercheurs travaillant en Centre de soins prolongés, "l'effet des somnifères, si leur administration n'est pas soumise à des règles pharmacologiques très strictes, va se prolonger souvent toute la journée (en raison des changements métaboliques dus au vieillissement), aggravant, le cas échéant, les symptômes de dépression fréquemment notés chez les personnes âgées. Un tel phénomène entraîne, à son tour, la consommation d'antidépresseurs..."⁴⁸ Le problème engendré par cette surconsommation est parfois aggravé par un problème d'alcoolisme.

Cette surconsommation serait aussi "induite en partie par le sentiment d'inutilité et l'ennui",⁴⁹ c'est ce que semble confirmer une évaluation de la consommation des services de santé par les personnes âgées faite au C.L.S.C. de Lac Etchemin.

Les auteurs de cette étude indiquent que "les patients du groupe à forte consommation de soins sont plus angoissés par la mort... l'anxiété face à celle-ci et l'importance des sédatifs prescrits à ces gens tendent à confirmer l'hypothèse

que l'insécurité et l'inquiétude inhérente à la maladie cardio-vasculaire incitent le patient à consulter plus souvent et le médecin à soupçonner un problème psychiatrique, ainsi qu'à tenter de le soulager". Les analgésiques et les tranquillisants, les anti-hypertenseurs et les médicaments "pour le coeur" représenteraient respectivement 37% et 32% des médicaments consommés par la population.⁵⁰

Un autre facteur expliquant cette surconsommation serait un manque de connaissance sur le sujet de la part de ceux qui prescrivent. M. Pierre-Paul Leblanc alors directeur de l'école de pharmacie de l'Université Laval déclarait: "La concentration de l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux habitue les étudiants à traiter la maladie dans sa phase aiguë, donc avec des médicaments puissants, même si les trois quarts des cas qu'ils rencontreront dans la pratique ne sont que bénins".⁵¹

A cette consommation se joignent aussi:

- une consommation inadéquate qui provient
 - . soit de la non fidélité au régime thérapeutique
 - . soit de l'automédication
- une consommation inexistante chez des personnes en ayant besoin.

Pistes d'interventions en relation au facteur toxicomanie:

- *actualiser la formation et l'information du personnel soignant, des pharmaciens, des personnes âgées,*
- *introduire l'utilisation d'un carnet de santé pour chaque personne âgée,*
- *favoriser la reconnaissance du rôle de certains professionnels par les médecins, ex.: l'infirmière aurait plus de succès que le médecin dans un suivi ayant pour objectif la modification des habitudes de consommation de médicaments, le traitement de l'hypertension... etc.*⁵²

B. L'alcoolisme

Aux Etats-Unis, l'alcoolisme toucherait 10% de la population âgée. Au Québec, la prise de conscience de ce problème est récente.

Pourtant c'est un phénomène qui est associé depuis longtemps à un grand nombre de désordres d'ordre médical et psychologique: malnutrition, carence vitaminique, cardiopathie chronique, dépression, difficulté d'adaptation, etc...

Les personnes âgées boivent pour les mêmes raisons que tout autre alcoolique. Toutefois, "il n'est pas aisé de définir ce qui constitue un problème d'alcool chez les personnes âgées".⁵³ La plupart des critères que l'on utilise pour évaluer l'excès de consommation d'alcool ne s'applique guère aux personnes âgées, ex.:⁵⁴

- gueule de bois, trous de mémoire, tremblements: ces symptômes peuvent être attribués à la sénilité ou à la vieillesse,
- dépendance psychologique par rapport à l'alcool "définie comme une incapacité d'accomplir les tâches normales de la vie quotidienne sans consommer d'alcool": les personnes âgées buvant presque toujours seules, la dépendance psychologique risque d'être difficile à déceler,
- problèmes de santé: la personne âgée ayant en général plus de problèmes chroniques que les autres groupes de la population, il peut être difficile de relier ceux-ci à l'alcool,
- problèmes financiers: la plupart des personnes âgées sont déjà en-dessous ou autour du seuil de pauvreté,
- agressivité: les personnes âgées consomment presque toujours seules et à la maison,
- etc.

A la difficulté de détecter "ce qui constitue un problème d'alcool chez les personnes âgées", s'ajoute la surprotection des familles qui ont tendance à ne demander de l'aide "qu'en cas d'absolue nécessité", ce qui en conséquence rend le traitement plus difficile, le problème étant alors rendu très grave. Pourtant, la personne âgée réagirait aussi bien que les autres groupes sociaux aux interventions thérapeutiques.

Pistes d'interventions en relation au facteur alcoolisme:

- améliorer l'habileté des intervenants à diagnostiquer l'alcoolisme,
- offrir l'information aux familles et aux personnes âgées,
- créer des groupes d'aide.

2.4.3 La sédentarité

Peu importe l'âge, la sédentarité réduit l'efficacité du coeur, des poumons, des muscles, de la circulation, souvent elle conduit à l'obésité et à l'augmentation du stress émotionnel. Chez la personne âgée, à la sédentarité s'ajoute la régression des fonctions psychomotrices. Celle-ci entraîne une perte de l'autonomie. Le déséquilibre ainsi engendré provoque des répercussions sur l'ensemble des éléments de la personne.

Cette régression des fonctions psychomotrices est accentuée par la croyance en la fragilité des personnes âgées, ce qui les entraîne à faire peu d'exercices. Elles deviennent alors peu souples, fragiles, sujettes davantage aux chutes; conséquemment, restreignent leur espace physique, ce qui contribue à la sédentarité et à leur isolement.

Un programme visant l'autonomie de la personne âgée ne peut se permettre de passer sous silence une politique de l'activité physique.

Pistes d'interventions en relation au facteur sédentarité.

- développer et diffuser des programmes d'activités physiques adaptés aux personnes du 3e âge,
- développer dans les municipalités, des activités de loisirs qui tiennent compte des personnes âgées.

2.4.4 Le manque de contrôle sur le milieu de vie

Deux conditions apparaissent fondamentales pour que toute personne puisse prétendre à un vécu psychologique, à un bien-être acceptable:⁵⁵

- que la personne puisse exercer un minimum de contrôle sur son environnement physique et social,
- que la personne possède un minimum d'indépendance et d'autonomie.

L'âge entraîne plus ou moins rapidement une diminution de l'autonomie et des possibilités de contrôle de l'environnement. Un logement non adapté à la personne âgée, la difficulté de se déplacer, la complexité des démarches administratives... etc. ne peuvent que donner l'impression à la personne âgée qu'elle ne contrôle pas sa situation, ce qui engendrera anxiété, dépression, un état confusionnel.

Lorsque l'on sait:

- que les chutes accidentelles représentent chez les personnes de 65 ans et plus 45% de la mortalité par accidents et traumatismes,
- que le vieillissement affecte surtout les femmes et que l'on connaît le rôle du logement chez elles,

il apparaît urgent d'améliorer l'environnement physique de la personne âgée.

Les programmes d'amélioration de l'environnement doivent tenir compte qu'environ un tiers des personnes âgées vivent en-deça du seuil de pauvreté et qu'un tiers en est très près.

Pistes d'interventions en relation au facteur le manque de contrôle sur le milieu de vie.

- octroyer des allocations pour des modifications architecturales aux personnes à faible revenu
- favoriser la mobilité par l'accès à un moyen de transport
- offrir des services pour faciliter les démarches administratives
- etc.

2.5 ORGANISATION DES SERVICES DE SANTE

Dans un document antérieur,⁵⁶ nous avons écrit: "qu'intervenir auprès des personnes âgées, soit pour répondre à leurs besoins, soit pour solutionner des situations engendrées par le vieillissement de la société, demande bien souvent une approche la plus globale possible et par conséquent multidisciplinaire". En effet selon nous, des interventions ponctuelles, non intégrées dans un ensemble et à l'intérieur d'un processus à long terme, risquent de déplacer les problèmes ou d'être peu utile pour les personnes âgées.

Ainsi, il a déjà été démontré que là où les besoins avaient été identifiés et que l'on avait essayé d'y répondre par des services de détection, de soins et de réadaptation, bien souvent ces services s'avéraient peu utiles pour les personnes âgées, et cela à cause d'un manque de coordination entre les intervenants et les services:

"On remarque que dans les quartiers ou régions qui ont la chance de posséder des services de détection, de soins et de réadaptation, le manque de coordination et de transfert de l'information rendent cet avantage peu utile pour les personnes âgées".⁵⁷

Nombreuses sont les citations que nous pourrions reprendre illustrant ce manque de coordination:

"Après étude, le C.R.S.S.S. constatait que la difficulté réside principalement dans la répartition des clientèles et la coordination des ressources plutôt que dans leur quantité".⁵⁸

"Paradoxalement, malgré l'insuffisance très nette des services, certaines personnes âgées se sentent envahies et encombrées d'intervenants: infirmière, travailleur social, auxiliaire familiale, bénévole, sans pour autant que le service qu'elles attendent leur soit fourni. Il s'agit encore là d'un manque de coordination au niveau de la dispensation des services, qui devra être corrigé".59

"Ces services demeurent encore géographiquement mal répartis, mal coordonnés et d'accessibilité très inégale. Il existe de plus, un manque de cohésion dans les critères d'admission des bénéficiaires".60

Devant ce constat, il nous apparaît que tout programme de maintien de la personne âgée dans son milieu de vie naturel, doit d'abord proposer des services cohérents, continus, coordonnés, complémentaires en liaison avec le réseau d'hébergement répondant aux besoins des personnes. De plus, il doit prévoir un "cadre" qui, *tout en respectant les structures actuelles, permettra cette harmonisation et cette complémentarité* entre les interventions et les intervenants, que ceux-ci appartiennent aux services para-publics ou bénévoles.

Une façon d'atteindre cette complémentarité des services est d'avoir un plan de service où le rôle des intervenants est clairement identifié.

Il est important que les services ne se substituent pas à la famille ou aux proches. En effet il a été établi qu'il était préférable, pour être vraiment efficace, que l'aide provienne de la famille ou de proches que d'étrangers. Ainsi la recherche intitulée "Les conditions de vie des gens âgés à domicile"⁶¹ paraît mettre en évidence que "seulement

4,7% de ceux qui ont identifié la famille comme la principale source de l'aide reçue ont présenté une demande d'hébergement contre 17,1% de ceux qui ont dit recevoir de l'aide d'étrangers".⁶²

Pistes d'interventions en relation au facteur Services de santé:

- *favoriser une approche globale*
- *coordonner l'accessibilité et la dispensation des services tant para-publics que bénévoles*
- *favoriser l'implication des familles ou proches comme principale source d'aide*
- *etc.*

CONCLUSION

De cette analyse des facteurs de risque, il ressort que "chez les personnes âgées, il est souvent difficile de distinguer les pathologies sociales des pathologies médicales, car fréquemment un problème social déclenchera un problème médical et vice versa. Ainsi l'isolement, la solitude et la pauvreté empêcheront souvent une nutrition adéquate, ce qui peut entraîner une faiblesse musculaire, une anémie et enfin, une chute causant la plupart du temps une fracture du fémur. A l'inverse, une grippe mal soignée favorisera la solitude et conséquemment, la dépression".⁶³

L'autonomie de la personne âgée repose sur des éléments biologiques et sociaux... "L'examen doit donc toucher tous les éléments, car une cause apparente peut n'être que la conséquence d'une étiologie cachée et ainsi tromper la vigilance du praticien".⁶⁴

Un travail multidisciplinaire devrait favoriser cette approche globale. De plus en plus, il est admis que la gériatrie, si elle désire être efficace, doit se situer à l'intérieur de la gérontologie.

Dans le chapitre 2, nous avons, pour chacun des facteurs de risque, souligné différentes pistes d'interventions. Celles-ci se regroupent principalement en cinq catégories soit: la formation, l'information, les services, la sensibilisation et éléments de programmation.

Formation:

- offrir aux médecins une formation à l'approche globale, "adaptée aux besoins de santé des personnes âgées, basée principalement sur les principes d'autonomie fonctionnelle et sur les meilleurs moyens de conserver cette autonomie"
- offrir aux infirmières, travailleurs sociaux, etc., une formation à l'approche globale
- actualiser la formation du personnel médical au niveau diagnostic, ex.: "un vieillard en état de carence sensorielle ou très malade semblera facilement dément, et cette impression entraînera des erreurs diagnostiques et pronostiques parfois catastrophiques pour le malade"
- améliorer l'habileté des intervenants à diagnostiquer l'alcoolisme
- actualiser la formation des intervenants: leur apprendre à tenir compte du passé des personnes et à l'analyser
- modifier l'approche des intervenants pour qu'ils tiennent compte de la différence culturelle dans la perception que les hommes et les femmes ont de la vieillesse, de l'autonomie, de la maladie etc.
- offrir une formation à la retraite qui rejoint le couple.

Information:

- sensibiliser les organismes travaillant auprès des personnes âgées à la santé bucco-dentaire des personnes âgées
- sensibiliser les thérapeutes aux problèmes buccaux des personnes âgées. Selon Simard, Brodeur et Kandelman, ceux-ci seraient insuffisamment sensibilisés
- diffuser de l'information-nutrition surtout auprès des hommes vivant seuls
- offrir l'information aux familles et aux personnes âgées sur le phénomène de l'alcoolisme
- sensibiliser les intervenants à domicile à identifier les obstacles physiques.

Sensibilisation:

- favoriser une approche globale
- amener la population à comprendre que la vieillesse n'est pas un symptôme de maladie
- favoriser la reconnaissance du rôle de certains professionnels par les médecins
- favoriser l'implication des familles ou proches comme principale source d'aide

- sensibiliser les personnes âgées souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques à se faire suivre le plus possible par le même médecin. Cela est d'autant plus important que l'on compte une moyenne de sept maladies et vingt prescriptions par personne âgée
- sensibiliser les personnes âgées à leur sécurité par des campagnes d'information.

Services:

- coordonner l'accessibilité, la dispensation des services tant para-publics que bénévoles
- créer un département de gériatrie active
- créer un centre de réadaptation
- instituer un service d'évaluation psychiatrique rattaché à un département de gériatrie active
- créer un hôpital de jour
- s'assurer que les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'inhalothérapie répondent aux besoins
- créer un service de dépistage: dentition, troubles d'équilibre, audition, vision, diabète, personnes malades, handicapées, dépressives etc.
- rendre accessibles les services dentaires en fixant des honoraires qui tiennent compte des revenus

- offrir des protocoles d'application de techniques thérapeutiques qui visent à augmenter les points de repérage spatio-temporel, les points d'ancrage affectif etc.
- créer un service d'urgence 24 heures
- centraliser les urgences vers un numéro unique
- offrir un service d'appel principalement matin et soir pour les personnes à risque
- offrir un service de garderie
- créer un service de popote
- offrir des cours d'initiation aux pratiques culinaires principalement pour les hommes vivant seuls
- favoriser la mobilité par l'accès à un moyen de transport
- offrir des services pour faciliter les démarches administratives
- développer dans les municipalités des activités de loisirs qui tiennent compte des personnes âgées
- assurer un service de visites après un déménagement, un décès
- créer des groupes d'aide et d'entraide

- créer des associations de groupes à risque
- favoriser le pairage des personnes à risque
- renforcer les structures sociales de la personne: parrainage, associations, support
- offrir aux familles gardant des personnes âgées des outils de support
- assurer le support psycho-social des personnes à risque

Eléments de programmation

- contrôle de la médication par l'introduction d'un carnet de santé
- concevoir une politique "financière" qui s'intègre dans le cadre d'une réorientation et d'une modification d'attitude entraînant une revalorisation des personnes âgées
- octroyer des allocations pour des modifications architecturales aux personnes à faible revenu
- développer et diffuser des programmes d'activités physiques adaptées aux personnes du 3e âge
- améliorer le suivi des personnes à risque

Ces interventions proposées s'appliqueraient théoriquement au problème immédiat tel qu'énoncé.

La démarche globale veut cependant que nous étudions maintenant ces solutions dans une vision d'ensemble qui considère d'une part que la personne âgée peut réunir plusieurs de ces facteurs de risque et d'autre part que toutes les activités proposées n'ont pas la même importance. Le chapitre 4 intitulé "axes d'interventions" traitera de la priorisation de celles-ci en fonction de différents critères.

C'est dans la mesure où l'ensemble des besoins qui conduisent à un bien-être psychologique, physique et social seront pris en considération que nous pourrons aider les personnes à demeurer dans leur milieu. Cela suppose:

- que les services constituent un tout. On devrait investir autant dans la complémentarité des ressources qu'en la création de nouvelles
- que les interventions tant du milieu de la santé que social soient plus harmonieuses. Cela ne peut se faire que dans le respect mutuel
- que l'on privilégie les intérêts communs aux intérêts particuliers.

La personne âgée chez qui la probabilité de détecter un besoin serait supérieure à la moyenne, posséderait l'une ou l'autre des caractéristiques suivantes:

- âgé-e de 70 ans et plus
- être isolé-e socialement: veuf-ve, séparé-e, divorcé-e

- avoir déménagé récemment
- le deuil récent d'un proche ou conjoint
- être atteint-e de deux maladies chroniques
- être handicapé-e mentalement (dépression, etc.)
- être handicapé-e au plan locomoteur.

En prenant connaissance de ces caractéristiques, nous ne devons jamais oublier que chaque personne vieillit à sa façon. Que si c'est "un crime" selon les paroles de M. Nicolas Zay⁶⁵ d'intervenir lorsque l'on a des personnes pleines de dynamisme, les besoins des personnes âgées n'obéissent pas toujours à "l'âge chronologique ou aux considérations administratives". Les services doivent être suffisamment souples pour tenir compte de la réalité de chaque cas.

REFERENCES

- 1 OMS. "Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque". Genève, 1978.
- 2 Gouvernement du Québec. "Durée ou qualité de la vie?" Collection: La santé des Québécois, 1983, p.33.
- 3 Idem, p.25.
- 4 Gouvernement du Québec. "Des problèmes prioritaires". Collection: La santé des Québécois, 1983, p.97.
- 5 Therrien, Gilles, Bouchard, Pierre. "Les conditions de vie des gens âgés à domicile". Ministère des affaires sociales, février 83, p.11.
- 6 Gouvernement du Québec. "Des victoires sur la mort". Collection: La santé des Québécois, 1983, p.11.
- 7 Idem, p.9.
- 8 Gouvernement du Québec. "Durée ou qualité de la vie". Collection: La santé des Québécois, 1983, p.33.
- 9 Ibidem, p.33.
- 10 Hébert, Dr Réjean. "L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées". CAN. FAM. Physician, Vol. 28, Avril 1982.
- 11 Gouvernement du Québec. "Des problèmes prioritaires". Collection: La santé des Québécois, 1983, p.97.
- 12 Idem, p.101.
- 13 Idem, p.102.
- 14 Ibidem
- 15 Ibidem
- 16 Idem, p.106.
- 17 Hébert, Dr Réjean. "L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées". CAN. FAM. Physician, Vol. 28, Avril 1982.

- 18 Hébert, Dr Réjean. "L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées". CAN. FAM. Physician, Vol.28, Avril 1982.
- 19 Varin, Christiane, Audra, Michel. "Etude descriptive des personnes âgées de St-Pascal de Maizeret". Etude non publiée. Recherche de maîtrise, Université Laval, Novembre 77.
- 20 Kergoat, Dr Marie-Jeanne, Lebel, Dr Paule. "L'an 2030, rencontre du 3e âge. Une problématique de la santé des personnes âgées du Québec". Le Médecin du Québec, Octobre 83, p.53.
- 21 Ministère des affaires sociales. "Pour une politique de prévention en santé mentale à l'intention des personnes âgées", 1982, p.43.
- 22 Brodeur, Dr Jean-Marc, Simard, Paul, Kandelman, Daniel. "Etude sur la santé bucco-dentaire des personnes de 65 ans et plus". Novembre 82.
- 23 Idem, p.137.
- 24 Clyde, Covit D.D.S. La dentisterie gériatrique. Journal dentaire du Québec, Octobre 84, p.18.
- 25 Gouvernement du Québec. "Des problèmes prioritaires". Collection: La santé des Québécois, 1983, p.112.
- 26 Latour, Dr Judith. "Le vieillissement du système nerveux central et des organes de sens". Le Médecin du Québec, octobre 83.
- 27 Ministère des affaires sociales. "Pour une politique de prévention en santé mentale à l'intention des personnes âgées", 1982, p.24.
- 28 Gouvernement du Québec. "Des problèmes prioritaires". Collection: La santé des Québécois, 1983, p.113.
- 29 Beaulieu, Ginette. "Les troubles mentaux chez les personnes âgées". Carrefour des affaires sociales, Vol. 6, No.2, 1984, p.21.
- 30 Arcand, Marcel. "L'insuffisance cérébrale aiguë: quand une personne devient confuse". Le Médecin du Québec, octobre 1983, p.89.

- 31 Beaulieu, Ginette. "Quand le cerveau prend un coup de vieux". Carrefour des affaires sociales, Vol. 6, No.2, 1984, p.22.
- 32 Idem, p.25.
- 33 Guillemand, Anne-Marie. "La retraite, une mort sociale". Paris. Mouton, 1972.
- 34 Bêland, François. "Une enquête sur les personnes âgées de trois villes du Québec. Les premiers résultats". Service de l'évaluation-santé. M.A.S., janvier 80, p.19.
- 35 Therrien, Gilles et Bouchard, Pierre. "Les conditions de vie des gens âgés à domicile", p.11-12.
- 36 Zénié, Alexandre, Tremblay, Richard. "Etude des besoins des personnes âgées de la région Laurentides-Lanaudière". CRSSSL, CSSLL. Juin 1977 - Juin 1979, Vol. 1, p.199.
- 37 Varin, Christiane, Audra, Michel. "Etude descriptive des personnes âgées de St-Pascal de Maizeret". Etude non publiée. Recherche de maîtrise. Université Laval, Novembre 77.
- 38 Côté, C., Dussault, G., Doré, G. "Les zones prioritaires de Québec". Rapport de recherche EZOP Québec. Conseil des oeuvres et du bien-être de Québec, 1971.
- 39 Zénié, Alexandre, Tremblay, Richard. "Etude des besoins des personnes âgées de la région Laurentides-Lanaudière". CRSSSL, CSSLL, Juin 77 - Juin 79.
- 40 "Rapport de Nutrition-Canada". Bureau des sciences de la nutrition. Compte rendu de l'étude.
- 41 Gouvernement du Québec. "Des problèmes prioritaires". Collection: La santé des Québécois, 1983, p.112.
- 42 - Barbeau, Gilles et Julien, Jean-Yves. "Médicaments et troisième âge". Carrefour des affaires sociales, Vol. 4, No.3, Juin 82, p.24.
- Ministère des affaires sociales. "Pour une politique en santé mentale à l'intention des personnes âgées". 1982, p.24 (dans ce cas le nombre de prescriptions serait de 20).
- 43 Ibidem.

- 44 Minguay, Claire. "La Grande Bouffe". Carrefour des affaires sociales, Vol.4, No.3, Juin 82, p.20-21.
- 45 Ibidem.
- 46 Dale, William, Gagnon, Sylvie, Lacoursière, Denise, Landry, Bernard, Tellier, Marie. "Prévention primaire et secondaire des déficiences et incapacités au Québec. Etat de la situation". Pour la table thématique "Prévention-Dépistage". Octobre 81.
- 47 Barbeau, Gilles, Julien, Jean-Yves. "Médicaments et troisième âge". Carrefour des affaires sociales, Vol.4, No.3, Juin 82, p.24.
- 48 Minguay, Claire. "La Grande Bouffe". Carrefour des affaires sociales, Vol. 4, No.3, Juin 82, p.20-21.
- 49 Ibidem.
- 50 Gouvernement du Québec. "Des problèmes prioritaires". Collection: La santé des Québécois, 1983, p.114.
- 51 Minguay, Claire. "La Grande Bouffe". Carrefour des affaires sociales. Vol. 4, No.3, Juin 82, p.22.
- 52 Chaiton, A., Spitzer, W.D., Robert, R.S., Delmore, T. "Patterns of medical drug use - a community focus". Can. Med. Ass. J. 1976; 114: 33-37. Cité par Gilles Barbeau et Jean-Yves Julien. "Médicaments et troisième âge". Carrefour des affaires sociales, Vol. 4, No.3, Juin 82, p.26.
- 53 Mishara, Brian L., Ph.D. "Du vin à qui est rempli d'amertume". La santé mentale au Canada, Sept. 82, p. 36-37.
- 54 Ibidem.
- 55 Robidas, Guy. "Définition de la clientèle". D.S.C. St-Jérôme.
- 56 "Proposition en vue d'une planification, programmation 3e âge à titre expérimental dans la région de Saint-Hyacinthe" p.2.
- 57 Ministère des affaires sociales. Gouvernement du Québec. "Pour une politique de prévention en santé mentale à l'intention des personnes âgées". Direction générale des programmes de santé, p.52.
- 58 Rapido 03, Vol. 6, No.12, Novembre 83.

- 59 Ministère des affaires sociales. Octobre 82. Cité par Michel Desnoyers. Projet d'intervention présenté au CRSSSM. Juin 83.
- 60 Ministère des affaires sociales. "Les services à domicile", p.6.
- 61 BÉland, François. "Les principaux résultats de l'analyse des désirs d'hébergement de trois échantillons de personnes âgées du Québec". M.A.S., Avril 82.
- 62 Ibidem.
- 63 Paradis, Claude.
- 64 Hébert, Dr Réjean. "L'évaluation fonctionnelle: un élément essentiel du diagnostic et du traitement en gériatrie". Le Médecin du Québec, Octobre 83, p.65.
- 65 Zay, Nicolas. "La Gériontologie Sociale". Carrefour des affaires sociales, Vol. 5, No.2, p.21.

CHAPITRE 3
LES FACTEURS DE RISQUE
DE LA PERSONNE HANDICAPEE

INTRODUCTION

Malgré le cheminement parcouru depuis quelques années, nombreuses sont les confusions lorsqu'on parle de la personne handicapée. De nos jours, une certaine mode voudrait que ce qui est important c'est la communication elle-même et non l'instrument permettant celle-ci.

Généralement, il est admis que notre langage ne fait qu'illustrer la façon dont on se représente une réalité.

Nous avons déjà beaucoup insisté sur le fait que la conception de la personne que transmet l'intervenant lors d'une activité est aussi importante que l'activité elle-même. Or, si l'instrument de communication que nous utilisons ne fait qu'illustrer la façon dont on se représente une réalité, il apparaît important dans un premier temps de bien s'entendre sur ce que l'on désigne par handicap, déficience, incapacité, invalidité, infirmité... Pour ce faire, nous utiliserons la terminologie de l'O.M.S. en empruntant aussi au document intitulé "A part... égale".¹

La société devrait rejeter les termes: infirme, malade, débile, aliéné, fou, anormal, invalide... Personne handicapée ou encore mieux "personne qui fait face à un handicap" devrait s'imposer. En effet, cette terminologie, tout en relevant l'idée que la personne a un désavantage, souligne que celui-ci ne s'identifie pas à la personne et qu'il n'est qu'une des caractéristiques de la personne.

Il arrive qu'au terme "personne", l'on joigne des mots comme souffrante, atteinte, affligée... renforçant la référence à la maladie, or nous avons une personne qui veut

être autonome et qui souhaite devenir un membre actif de la société. Certes, la maladie peut être à l'origine d'un handicap, toutefois, nous ne pouvons identifier les personnes faisant face à un handicap, à une personne malade.

A. LA DEFICIENCE

Une déficience n'est pas forcément un handicap.

"La déficience est une perte, une malformation ou une anomalie d'un organe, d'une structure ou d'une fonction mentale, psychologique, physiologique ou anatomique".²

L'O.M.S. propose la classification suivante des déficiences:

Tableau 1 **CLASSIFICATION DES DÉFICIENCES**
Organisation mondiale de la santé (synthèse OPHQ) ³

CATÉGORIES	SOUS-CATÉGORIES
1. Déficiences intellectuelles	Déficiences de l'intelligence Déficiency de la mémoire Déficiency de la pensée
2. Autres déficiences du psychisme	Déficiency de la conscience et de l'état de veille Déficiency de la perception et de l'attention Déficiency des fonctions émotives et de la volonté Déficiency du comportement
3. Déficiences du langage et de la parole	
4. Déficiences auditives	Déficiency de l'acuité auditive Autre déficiency de l'audition ou de l'appareil auditif
5. Déficiences visuelles	Déficiency de l'acuité visuelle Autre déficiency de la vision et de l'appareil oculaire
6. Déficiences des autres organes	
7. Déficiences du squelette et de l'appareil de soutien	Déficiency des régions de la tête Déficiency mécanique et motrice des membres Altérations des membres (amputations)
8. Déficiences esthétiques	
9. Autres déficiences fonctionnelles, sensorielles et multiples	

CATÉGORIES DE DÉFICIENCES UTILISÉES AU QUÉBEC

- déficiency mentale (1)
- déficiency psychique ou émotionnelle (2)

- déficiency motrice (7)
- déficiency organique (6)
- déficiency de la parole (3)

déficiences
physiques

- déficiency auditive (4)
- déficiency visuelle (5)

déficiences
sensorielles

La déficience peut se manifester par une limitation d'une ou plusieurs fonctions ou par une diminution des activités de la personne. On est alors en présence d'une incapacité.

B. L'INCAPACITE

L'incapacité est la conséquence de la déficience.
 "Une incapacité correspond à toute réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain".⁴

Tableau 2 **CLASSIFICATION DES INCAPACITÉS**
 Organisation mondiale de la santé (synthèse OPHQ)⁵

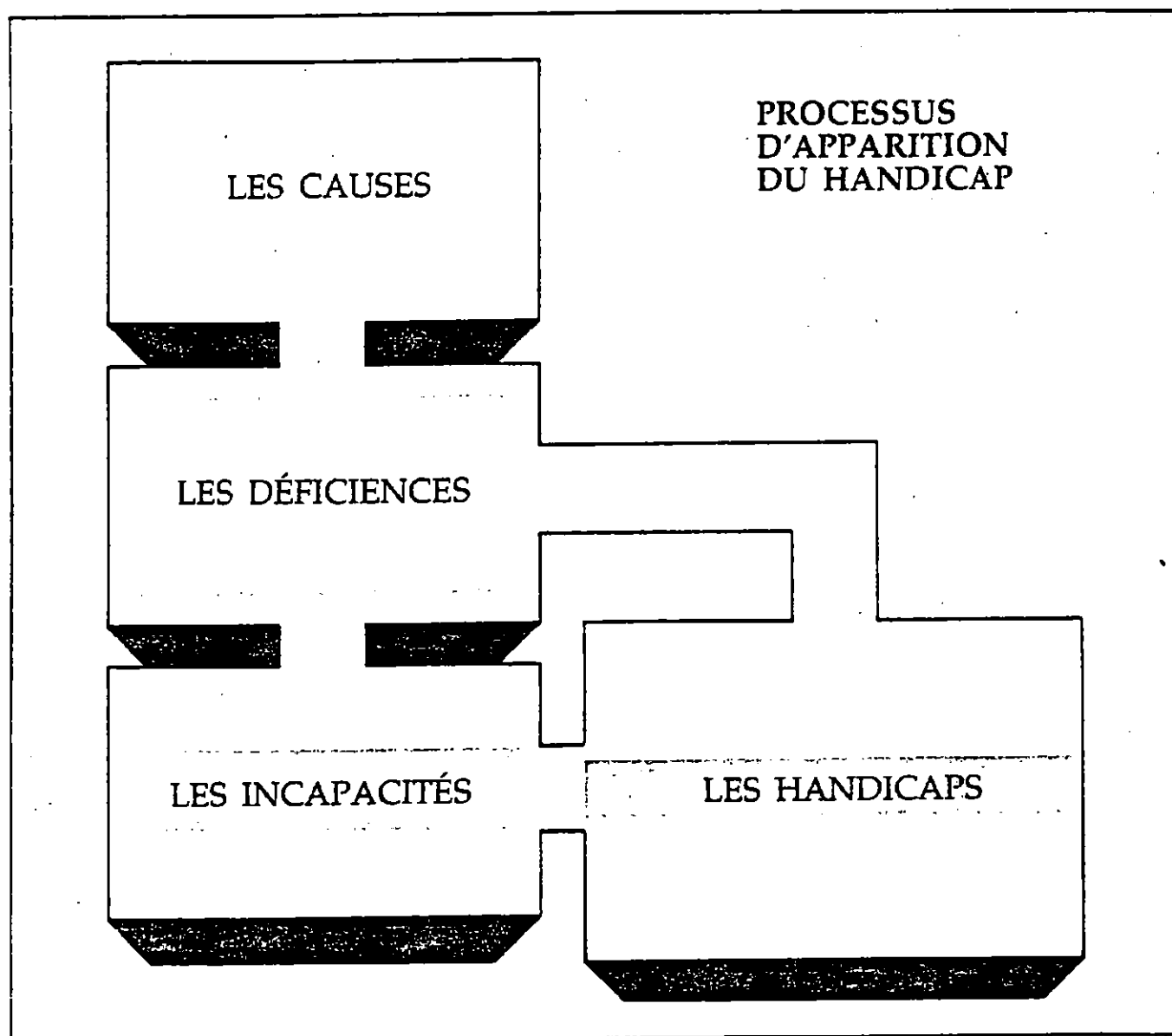
CATÉGORIES	SOUS-CATÉGORIES
1. Incapacités concernant le comportement	concernant la conscience concernant les relations
2. Incapacités concernant la communication	concernant la communication orale concernant l'écoute concernant la vision
3. Incapacités concernant les soins corporels	concernant les fonctions excrétrices concernant l'hygiène corporelle concernant l'habillement concernant la nutrition et autres soins corporels
4. Incapacités concernant la locomotion	concernant la déambulation entraînant une restriction dans les déplacements
5. Incapacités concernant l'utilisation du corps dans certaines tâches	concernant les tâches domestiques concernant les mouvements du corps
6. Maladresse	concernant les activités quotidiennes concernant les activités manuelles
7. Incapacités révélées par certaines situations	concernant la dépendance et la résistance liées à l'environnement physique

Très souvent, il y a confusion entre l'existence d'une déficience et la réalité vécue par la personne. Ceci conduit alors à mettre le focus non sur la personne mais sur l'anomalie et à penser que toutes les personnes qui ont des déficiences semblables ont les mêmes caractéristiques et les mêmes besoins. Plusieurs personnes ayant la même déficience peuvent avoir, ressentir un ou des handicaps différents. Dans ce cas, les interventions porteront principalement sur les conditions d'intégration sociale.

C. L'HANDICAP

Dans cette perspective, *l'handicap est un désavantage social occasionné par une déficience, une incapacité que la personne a, ressent par rapport à son milieu.*

Schéma 1 illustrant le processus d'apparition de l'handicap:⁶
Source: OPHQ A part ... égale, p.34



En résumé, la terminologie de l'O.M.S. distingue trois niveaux:

- "- L'organique, qui réfère à la notion de déficience.
- Le fonctionnel, qui réfère à celle d'incapacité.
- Le social, qui réfère à la notion de handicap.

Par exemple, dans le cas d'un mal-voyant, l'atteinte de la rétine pourra constituer la déficience, la diminution de l'acuité visuelle sera l'incapacité, le handicap étant l'ensemble des activités rendues impossibles du fait de cette incapacité et de l'organisation de l'environnement de cette personne.

L'avantage de cette conceptualisation est donc de souligner qu'un handicap comporte toujours une composante sociale parmi ses déterminants. On peut alors parfaitement concevoir un handicap qui ne soit relié à aucune déficience ou incapacité. Par exemple, le fait d'avoir peur de se promener dans les rues le soir à cause d'un climat de violence est un handicap qui n'est supporté par aucune atteinte organique ou fonctionnelle".⁷

Rock Gadreau résume bien l'importance et l'utilité de bien faire la différence entre cause, déficience, incapacité et handicap lorsqu'il déclare:

"Ces distinctions... permettent de mieux comprendre comment une personne devient handicapée. Elles permettent également de clarifier les interventions à réaliser et à articuler dans une perspective d'ensemble. Ainsi, agir sur les causes, c'est faire de la prévention, pour empêcher que ne se créent les conditions d'apparition des déficiences. Agir sur les déficiences, c'est faire du diagnostic et du traitement..."

Agir sur les incapacités, c'est faire de l'adaptation ou de la réadaptation pour développer au maximum les capacités d'autonomie de la personne. Finalement, agir sur les handicapés, c'est favoriser l'intégration sociale des personnes en minimisant les obstacles sociaux".⁸

Au Québec, à notre connaissance, il n'existe aucun inventaire permettant d'évaluer la prévalence réelle des handicaps. Les taux cités proviennent des données d'autres pays. Certains auteurs proposent 5,5%⁹, d'autres 7,6%¹⁰. Selon le document "A part égale", les personnes ayant une déficience se répartiraient par catégories de déficiences de la façon suivante:¹¹

- déficience intellectuelle - 41,2%
- déficience motrice - 20,6%
- déficience de la parole - 12,3%
- déficience auditive - 11,5%
- déficience visuelle - 10,3%
- déficience psychique - 4,1%

Les données que nous avons non seulement ne reflètent peut-être pas la situation québécoise, mais encore ne nous renseignent pas sur l'étendue des limitations fonctionnelles des personnes, certaines ont des limitations sévères, d'autres très légères. Parfois les personnes ayant plusieurs déficiences peuvent être comptées plusieurs fois. C'est donc avec prudence que nous devons utiliser ces données.¹² Malgré ces limites nous avons un ordre de grandeur qui peut nous aider à mieux cerner l'ampleur du problème.

LES FACTEURS DE RISQUE

Dans le chapitre 2 portant sur les facteurs de risque pour la santé de la personne âgée, nous avons utilisé la classification de l'O.M.S. qui les répartit selon cinq niveaux:

- biologique
- psycho-social
- économique
- lié à l'environnement
- service de santé

Dans ce présent chapitre, nous reprendrons la même classification.

Nous aborderons les facteurs de risque de la personne handicapée en étant conscients que très souvent le sujet devrait être approfondi. Nous espérons, lorsque le temps et les ressources le permettront pour notre territoire, être en mesure d'analyser les éléments plus spécifiques à chaque déficience. Cette étape ultérieure que nous envisageons comme nécessaire lors de l'opérationnalisation d'un plan de services n'apporterait pas des modifications majeures aux orientations du présent document.

Rappelons que la liste des facteurs retenus ne peut être considérée en aucun cas comme exhaustive, puisque cela irait à l'encontre de la notion *besoin* retenue.

3.1 NIVEAU BIOLOGIQUE

Nombreux sont les facteurs biologiques qu'ils soient d'origine *généétique, infectieuse, organique, etc...* pouvant entraîner une déficience et parfois un handicap. Beaucoup de ces facteurs se situent, soit durant la grossesse, soit après la naissance et sont habituellement traités en surveillance maternelle et infantile, c'est pourquoi nous ne les aborderons pas ici.

Même si de nombreuses interventions peuvent prévenir la naissance d'un enfant avec une déficience, il n'en demeure pas moins qu'il naîtra des enfants ayant une ou plusieurs déficiences. Si nous désirons que ces enfants soient plus tard le plus autonome possible et s'il est admis que les premières années sont primordiales pour l'évolution de l'enfant, alors les interventions doivent être posées le plus rapidement possible.

Trois recherches, deux par un D.S.C.¹³, une troisième par un C.R.S.S.S.¹⁴, nous donnent des pourcentages assez divergents quant au nombre de personnes dont la déficience est présente lors de la naissance:

- D.S.C. Rouyn-Noranda
31,3% des déficiences sont attribuées à la naissance mais s'ajoute l'item "origine inconnue" qui représente 15,6%. Celui-ci se définit selon deux facteurs:
 - . l'absence de diagnostic précis
 - . la sénescence.
- D.S.C. Rivière du Loup
53% de toutes les déficiences sont attribuées à la naissance.

- C.R.S.S.S. Bas St-Laurent, Gaspésie

44% de toutes les déficiences sont attribuées à la naissance, si nous regroupons les handicaps d'origine congénitale (39%) et d'origine héréditaire (5%).

Quoiqu'il en soit, la naissance comme origine de la déficience représente environ 43% de toutes les causes de handicaps.*

Selon la recherche de Rouyn-Noranda¹⁵, la naissance serait à l'origine de la déficience principalement:

- dans le cas des intellectuels, puisqu'elle représente, dans au moins 73% des cas, l'origine de cette déficience auquel s'ajouterait potentiellement un pourcentage de 20% d'origine inconnue;
- dans le cas des visuels, puisqu'elle représente un minimum de 41% des cas de cette déficience auquel s'ajouterait potentiellement un pourcentage de 14% d'origine inconnue;
- dans le cas des auditifs, 16,9% des cas originent de la naissance, par contre la recherche indique un fort pourcentage d'origine inconnue de 32,5%.

Ces données sur l'origine du handicap sont très importantes car elles nous permettent de connaître en partie la cause de la déficience, la durée de celle-ci, où situer nos interventions.

Il ressort de ces données que la plupart des déficiences intellectuelles ont pour origine la naissance. Les handicapés intellectuels adultes sont les moins adaptés à

* Voir dernier paragraphe p.87.

notre société, ce sont les plus pauvres, les moins instruits, les moins autonomes... Lorsque l'on connaît l'influence des premières années de vie sur l'évolution de l'enfant, lorsque l'on sait que le degré d'apprentissage est intimement relié à la précocité des interventions, il importe dès le départ que l'enfant puisse profiter de tous les services qui l'aideront plus tard à s'intégrer à la société à mesure qu'il grandira. Un service de dépistage et de suivi chez les 0-5 ans, la mise en place d'un plan de service, une intégration scolaire plus personnalisée, l'implication des parents pourraient faciliter et améliorer le développement de l'enfant.

L'étude de Rouyn-Noranda fait ressortir que les enfants de 0-5 ans vivant avec un handicap ne seraient pas tous connus du réseau de services.¹⁶ Ceci confirme l'importance d'un service de dépistage précoce.

Une étude de Diane Pelchat-Borgeat¹⁷, "montre que c'est le manque d'information et de support affectif qui vient au premier rang des sources d'insatisfaction chez les mères au cours de la période post-partum". Seulement 25% des mères seraient satisfaites de la compréhension, du soutien et de l'information apportés par le médecin, alors que la satisfaction monte à 50% lorsque ces mêmes services sont offerts par les infirmières. La principale lacune dans le genre d'interventions pratiquées par les infirmières résiderait au plan de l'information. D'ailleurs, seulement 1/3 de celles-ci "se sentiraient suffisamment préparées pour répondre aux besoins de la mère".

Informar les parents exige de nombreuses qualités aussi importantes, sinon plus, que la connaissance scientifique. Or ces qualités, que nous sachions, n'appartiennent *en propre* à aucune profession.

C'est dans cet esprit que nous suggérons quelques interventions pouvant aider non pas à prévenir la déficience mais à y faire face. Ensuite, nous analyserons le lien entre la maladie et la déficience chez la personne handicapée.

Pistes d'interventions en relation au facteur biologique:

- élaborer un plan de service pour chaque personne
- favoriser une intégration scolaire plus personnalisée
- créer des services de prévention, de dépistage et de référence et en favoriser l'accessibilité
- informer les médecins et pédiatres de l'ensemble des services existants
- offrir aux parents des outils de dépistage des anomalies dans le développement de leurs enfants
- améliorer et accélérer les activités de dépistage des problèmes de développement: (ex.: tests de pré-denver et de denver) par exemple lors de l'examen médical périodique donc durant la période 0-5 ans¹⁸
- développer les moyens d'identifier les milieux à risque
- favoriser la reconnaissance du rôle des autres professionnels (infirmières, physiothérapeutes, etc.) par le monde médical:
 - . "dans l'établissement de la relation mère-enfant"
 - . "la préparation des parents à administrer les soins physiques à l'enfant"
 - . etc.

En regard du lien entre maladie et déficience, la recherche "Opération-connaître"¹⁹ signale que la maladie serait à l'origine de déficiences dans l'ensemble de la population touchée par une ou plusieurs déficiences dans:

- 68,5% des cas de déficience organique
- 41,7% des cas de déficience motrice
- 29,9% des cas de déficience auditive
- 18,2% des cas de déficience visuelle
- 5,1% des cas de déficience intellectuelle.

Comme dans le cas du pourcentage d'enfants naissant avec une déficience, l'item "inconnu" peut modifier à la hausse certaines de ces données. Toutefois, en plus des facteurs intervenant avant la naissance, la maladie, principalement chez les personnes âgées, est une des principales causes pouvant entraîner une déficience qui à son tour pourra engendrer un handicap.

Chez les personnes âgées la maladie reliée à l'origine d'une déficience est associée principalement aux troubles d'ordre visuels, auditifs, organiques, moteurs.

Nous avons souligné dans les facteurs de risque de la personne âgée, qu'elles ont tendance à considérer comme normal tout phénomène physique entraînant une diminution de leur autonomie, alors qu'un correctif immédiat pourrait parfois donner de bons résultats. Lorsque l'on sait l'importance par exemple de la vue, de l'ouïe etc... pour l'autonomie de la personne, un service de dépistage et de suivi prend alors toute sa place.

En conclusion, devant la complexité du phénomène des déficiences (diversité de l'étiologie, conséquences physiques, sociales et psychologiques des handicaps, ressources adaptées aux besoins individuels et collectifs, l'âge etc...), une approche globale, multidisciplinaire nous apparaît la seule façon d'envisager la situation. Le monde médical ayant pour des raisons légales et historiques le monopole de donner accès aux services de soins et de réadaptation, trop souvent l'approche est purement médicale et non globale tant au niveau du diagnostic que du traitement. Une approche globale devrait débiter par la reconnaissance du rôle de l'ensemble des personnels médical, para-médical et social dans un ensemble de services d'aide et de soins complémentaires.

Pistes d'interventions en relation au facteur maladie

- *créer un service de dépistage et de suivi: vue, ouïe etc...*
- *favoriser une approche globale en élargissant la responsabilité d'évaluer les personnes qui requièrent des services de soins et/ou de réadaptation en fonction d'une politique de maintien à des équipes multidisciplinaires*
- *favoriser la reconnaissance du rôle des autres professionnels.*

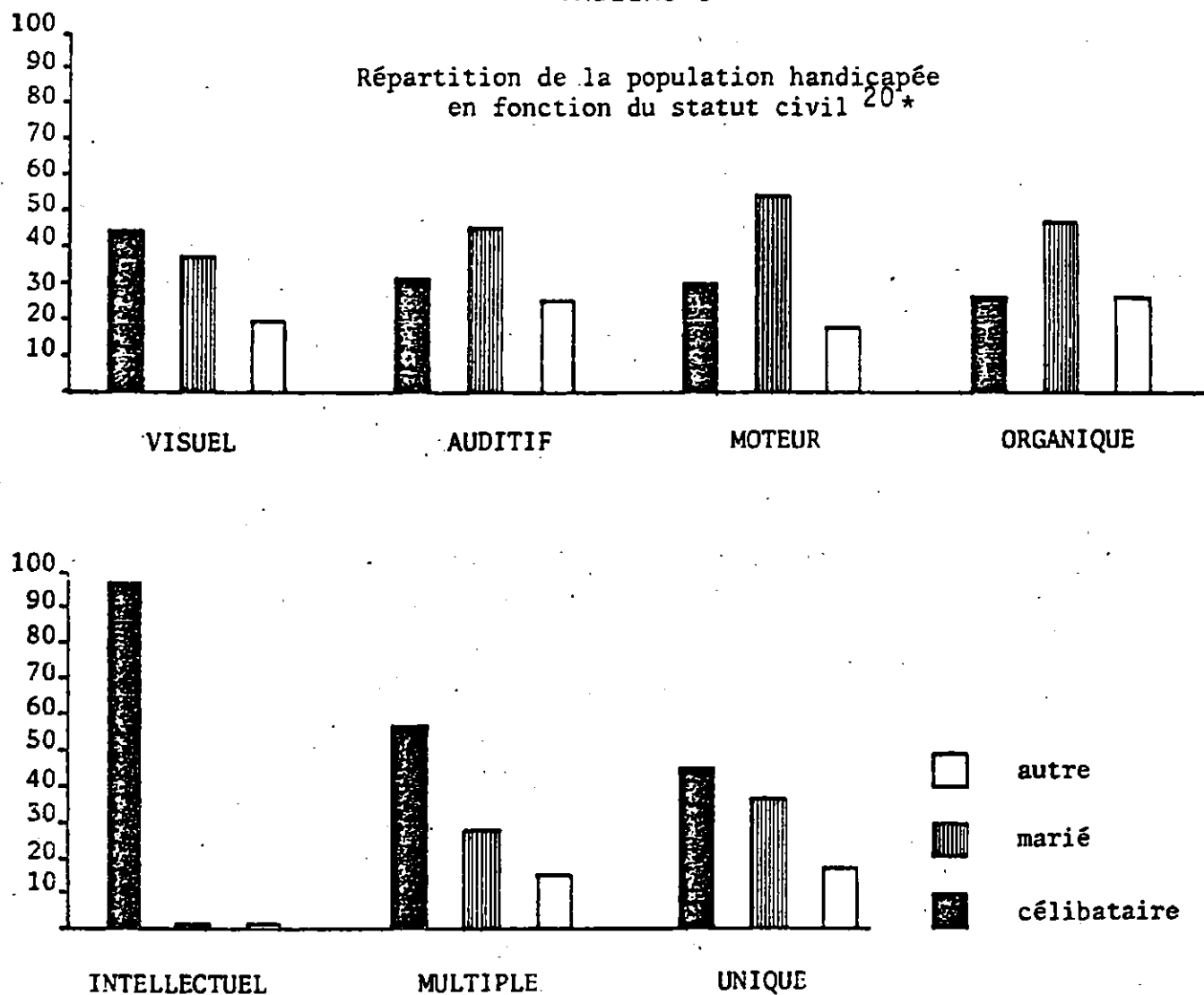
3.2 NIVEAU PSYCHO-SOCIAL

La société a trop souvent eu tendance à isoler, à mettre de côté les personnes ayant un fonctionnement différent, les personnes non rentables. Cette attitude ne peut qu'engendrer insécurité, isolement et dépression.

Nous avons vu dans la partie traitant des facteurs de risque de la personne âgée, qu'il fallait distinguer isolement de solitude. La perception de l'isolement varie en fonction de différents facteurs. Les personnes handicapées n'ont pas choisi de vivre leur situation... Non seulement la déficience va limiter leur intégration dans la société, mais bien souvent elle va les empêcher de partager leur vie avec une autre personne. C'est ce que confirme la recherche de Rouyn puisqu'elle fait ressortir de façon significative l'influence de la déficience sur le statut civil de la personne handicapée.

Le tableau 3 fait ressortir une fois de plus que les personnes faisant face à une déficience intellectuelle sont particulièrement défavorisées, viennent ensuite les personnes ayant des handicaps multiples dont plus de la moitié restent célibataires.

TABLEAU 3



Si l'on admet que la solitude peut être un facteur enclenchant le découragement ou le fatalisme face à sa condition etc... alors tout programme qui recherchera l'intégration de la personne handicapée devra tenir compte de la dimension psychologique.

* Source: D.S.C. Rouyn-Noranda: Opération connaître.

Pistes d'interventions en relation au facteur psycho-social

- *incorporer la dimension psychologique dans tout programme qui vise l'intégration de la personne handicapée*
- *créer des groupes d'aide et d'entraide*
- *renforcer les structures sociales de la personne handicapée: parrainage, associations, support*
- *favoriser l'implication de la famille, des proches.*

3.3 ECONOMIQUE

Au Québec, les programmes qui concernent soit le soutien, soit le supplément, soit le remplacement du revenu dont la personne handicapée peut se prévaloir sont de deux sortes:

- 1) "Les régimes de sécurité de revenu qui s'adressent à toute la population" ex.: aide sociale...
- 2) Les régimes qui s'adressent à des groupes précis de personnes handicapées ex.: programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels, programme des accidents du travail et des maladies professionnelles etc.

Ces programmes, soit lorsqu'ils s'adressent à l'ensemble de la population tiennent peu compte des besoins causés par une incapacité, soit sont réservés à des groupes précis et s'appliquent de façon très restrictive. Il arrive même que des programmes nuisent au retour au travail de la personne handicapée.²¹

Sans vouloir entrer dans les détails, l'inégalité face à la sécurité du revenu est réelle. Les déductions d'impôts par exemple sont d'autant plus profitables que les revenus sont élevés. Or une politique de maintien ne peut passer sous silence le problème du revenu qui dans notre société est une des causes pouvant faciliter l'intégration dans le milieu.

Selon l'Office des personnes handicapées du Québec "97% de la population handicapée adulte (environ 185,000 personnes) vivrait de l'assistance sociale" et dans tous les

cas le coût de l'handicap ne serait pas pris en charge par l'Etat.²² Deux recherches, l'une du D.S.C. de Rouyn-Noranda, l'autre du D.S.C. de Rivière-du-Loup révèlent que respectivement 75% et 73% des personnes handicapées auraient des revenus inférieurs à 8 000.00 \$ par année. La recherche du D.S.C. de Rivière-du-Loup indique que 6% auraient des revenus supérieurs à 18 000.00 \$.

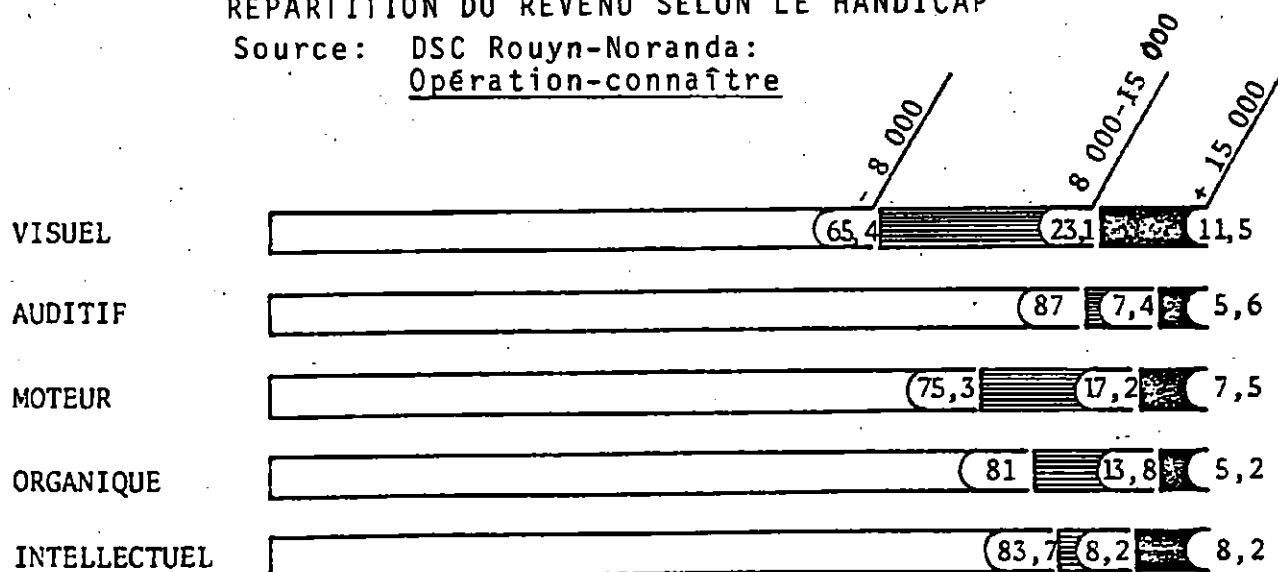
Le D.S.C. de Rouyn-Noranda paraît mettre en évidence que les plus hauts revenus se retrouveraient chez les "visuels": "23,1% des visuels" ont un revenu entre 8 000.00 \$ et 15 000.00 \$ et 11,5% de plus de 15 000.00 \$.²³

Tant la recherche du D.S.C. de Rouyn-Noranda que celle du CRSSS Bas St-Laurent-Gaspésie révèlent que c'est parmi les personnes faisant face à une déficience intellectuelle que l'on retrouverait les revenus les plus bas. Cet élément est à rapprocher de l'indicateur "scolarité" qui fait ressortir que les personnes faisant face à une déficience intellectuelle seraient les moins scolarisées.

TABLEAU 4

REPARTITION DU REVENU SELON LE HANDICAP²⁴

Source: DSC Rouyn-Noranda:
Opération-connaître



Le tableau 4 paraît confirmer l'inégalité face à la sécurité du revenu. Dans notre société, l'autonomie individuelle passe en grande partie par l'accessibilité au milieu du travail, or celui-ci exige une formation adéquate.

Une recherche réalisée par l'Office des personnes handicapées et le Ministère du travail en 1981 auprès d'une clientèle désireuse de travailler et sans doute plus préparée pour le faire, révélait que "de l'ensemble des répondants, moins de 10% ont poursuivi des études post-secondaires, 70% n'ont jamais terminé leur secondaire et 26% n'ont pas fini leur primaire".²⁵

Pistes d'interventions en relation au facteur économie:

- concevoir une politique "financière" qui s'intègre dans le cadre d'une réorientation et d'une modification d'attitude entraînant une revalorisation des personnes handicapées
- accroître l'accessibilité à une scolarisation et formation adéquates pour les personnes handicapées
- sensibiliser les employeurs à une politique d'embauche non discriminatoire et qui vise l'intégration (en portant une attention toute particulière aux personnes faisant face à une déficience intellectuelle).

3.4 NIVEAU ENVIRONNEMENT

Au niveau de l'environnement socio-culturel et physique, la discrimination, le manque de stimulation, le manque de contrôle de l'environnement physique et social, les traumatismes (accidents dus au travail, à la circulation, aux loisirs, au sport, aux travaux domestiques), la toxicomanie sont des facteurs émergents.

3.4.1 La discrimination

Certes la loi reconnaît à la personne handicapée les mêmes droits qu'à tout citoyen. Toutefois, si le respect à la différence peut être favorisé, amélioré par des mesures coercitives, en fait cette *différence* ne sera respectée que dans la mesure où nous modifierons nos attitudes, notre mentalité.

Un travail de formation et d'information auprès de tous les groupes d'âges de la société pourrait à long terme avoir un impact positif. En effet, il est difficile à toute personne de s'intégrer dans un milieu qui lui manifeste de la discrimination.

A cause de la valeur d'ensemble que les intervenants représentent, il faut d'abord songer à modifier leur langage et les attitudes trop souvent surprotectrices ou empreintes de réticence.

Pistes d'interventions en relation au facteur discrimination

- *favoriser un langage, des attitudes respectueuses d'une vision normalisante basée sur l'autonomie de la personne.*

3.4.2 Le manque de stimulation

Le manque de stimulation peut se situer à différents niveaux, mais deux nous apparaissent primordiaux: le travail, l'attitude des intervenants.

L'indépendance passe toujours par l'autonomie financière. Dans notre société, avoir un travail rémunéré est un des aspects les plus revalorisant pour l'être humain et peut stimuler à se surpasser. Les possibilités d'accès au travail déjà réduites sont encore amoindries pour les personnes handicapées.

Rares sont les employeurs connaissant le potentiel constitué par les personnes handicapées et ceux-ci méconnaissent la plupart du temps leurs possibilités comme travailleurs. Pourtant "celles-ci ont la capacité de travailler, comme le démontrent des études effectuées auprès d'une centaine de compagnies qui les emploient":²⁵

- 90% des personnes handicapées ont un taux de productivité égal ou supérieur à la moyenne

- 95% d'entre elles ont un taux d'absentéisme égal ou inférieur à la moyenne
- 98% d'entre elles ont un taux de roulement égal ou inférieur à la moyenne
- 98% d'entre elles ont un taux d'accidents inférieur à la moyenne.

"Si les capacités des personnes handicapées au travail peuvent se comparer à celles des autres travailleurs et parfois les dépasser, c'est peut-être justement parce qu'elles ont appris à affronter des difficultés particulières".²⁷

Toutefois pour ceux qui ont la chance d'être intégrés dans le système de production en milieu ouvert ou protégé, le travail est souvent peu rémunéré, peu stimulant et sans responsabilité.

Dans le système que nous connaissons, même si employeurs et intervenants manifestaient beaucoup de bonne volonté, certaines personnes handicapées pour des raisons diverses: formation inadéquate, gravité du handicap etc... ne pourraient intégrer le marché du travail. Il revient au gouvernement de développer de nouvelles formes d'emploi protégé.

Il existe beaucoup de services pour évaluer, orienter, placer les personnes handicapées, mais là aussi, tant la structure que les préjugés ne favorisent l'intégration. Chaque organisme a ses propres critères. L'orientation vers d'autres organismes n'est pas toujours adéquate. Il existe de la méfiance entre les services. La tendance est forte d'aller vers les clientèles plus facilement intégrables.

Les D.S.C. et le C.R.S.S.S., chacun selon leur mission devraient être capables de s'associer à d'autres partenaires pour développer une approche complémentaire, pour informer, éduquer, sensibiliser les employeurs, employés et intervenants.

Toute réadaptation s'inscrit à l'intérieur d'un processus qui, s'il veut être efficace, doit tenir compte de nombreux facteurs:

- âge de la personne
 - cause et nature de la déficience
 - milieu de vie
 - obstacles sociaux
- etc.

Tenir compte de l'ensemble de ces facteurs demandera souvent une approche globale donc multidisciplinaire du moins si nous désirons que chacun se complète et non se paralyse.

La recherche de Rouyn-Noranda met en évidence²⁸ que les personnes handicapées les plus scolarisées seraient davantage favorisées à l'embauche et que les plus défavorisées au niveau des possibilités d'emploi se retrouveraient chez les intellectuels, les moteurs et les organiques.²⁹

Tout programme visant le retour au travail des personnes handicapées devrait s'efforcer de rejoindre ces clientèles et investir davantage dans la "stimulation" puisque 57,5% n'utiliseraient aucune ressource dans la recherche d'un emploi.³⁰ Stimuler les personnes faisant face à un handicap intellectuel exige de la part de l'intervenant de croire au potentiel de la personne handicapée et que celui-ci a une

place et un rôle à remplir dans la société. L'intervenant ne doit ni questionner les capacités physiques ou mentales de la personne handicapée, ni sous-évaluer les habiletés que ces personnes développent pour pallier à leur handicap.

L'attitude des intervenants (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, etc.), nous apparaît très importante. Le maternage, la pitié sont des pièges qui nous guettent.

L'intervenant doit être capable "de prévenir les deux aspects de la dépendance, par excès ou par défaut".³¹ Comme nous l'avons déjà dit "la conception de la personne transmise par l'intervenant lors d'une activité, est souvent aussi importante que l'activité elle-même". "Vouloir prévenir les deux aspects de la dépendance" exige de la part de l'intervenant une capacité à se réinterroger, une technique d'intervention qui généralement n'est pas innée. Nous avons vu lors de l'étude des facteurs de risque de la personne âgée, que le personnel avait souvent besoin de formation en gérontologie ou en gériatrie, nous pensons que le problème est encore plus aigu face aux personnes handicapées. Alors que se développent des cours, des certificats spécialisés en gérontologie, à notre connaissance, il existe peu de chose concernant les personnes handicapées.

Pistes d'interventions en relation au facteur manque de stimulation

- promouvoir la participation de la famille
- favoriser la complémentarité et la coordination des services d'aide à l'emploi

- développer de nouvelles formes d'emploi protégé
- informer les personnes handicapées sur l'existence des services d'aide à l'emploi
- favoriser une intégration scolaire plus personnalisée
- favoriser la participation des D.S.C. et du C.R.S.S.S. à l'information, l'éducation, la sensibilisation des employeurs
- favoriser la conception de programmes de formation adaptés à une approche spécifique aux personnes handicapées.

3.4.3 Le manque de contrôle de l'environnement physique et social

Traditionnellement, les personnes handicapées étaient souvent placées en institution. De nos jours, à mesure que l'idée de normalisation fait son chemin, on recommande le maintien dans le/un milieu de vie naturel. Ce maintien est en fait le point de départ à toute intégration sociale. Afin de permettre à la personne de s'épanouir dans son milieu, certaines conditions doivent être remplies, c'est-à-dire exercer un minimum de contrôle sur son environnement physique et social. Comme dans le cas des personnes âgées, un logement non adapté, la difficulté de se déplacer, l'accessibilité des lieux, la complexité des démarches administratives etc... ne peuvent que renforcer l'impression que la personne ne contrôle pas sa situation, ce qui engendre de l'anxiété, dépression...

L'accès aux services va varier considérablement selon que la personne handicapée bénéficie ou non d'un programme d'assurance collective. Lorsque la personne bénéficie d'un tel programme elle peut, sur une base temporaire ou permanente selon le cas, acheter des services. Les autres personnes doivent recourir aux services du réseau des affaires sociales.

Le Ministère identifie les personnes handicapées comme étant une clientèle prioritaire. Or si l'on se fie aux sommes allouées aux régions administratives et à l'intérieur des organismes, la part revenant aux personnes handicapées est bien souvent minime. A titre d'exemple, en 1980, le Montreal Metropolitain a reçu la plus grosse part, par région, des quelque 47 millions de dollars destinés à l'ensemble des services à domicile soit environ 16 millions. De cette somme un peu moins de 400 000.\$ (soit environ 2% du total) ont été réservés pour les personnes handicapées âgées de 18 à 65 ans.³²

A ce manque de ressources financières s'ajoutent des services qui sont imprégnés d'une approche médicale. Traditionnellement les objectifs de ces services étaient de permettre le retour à domicile des personnes venant de subir des interventions chirurgicales et maintenir à domicile les personnes âgées et les malades chroniques. La satisfaction des besoins de la personne handicapée ne peut être envisagée uniquement selon une approche médicale, elle doit tenir compte de l'ensemble des besoins d'une personne handicapée pour fonctionner et demeurer dans son domicile.

Malgré les besoins de cette population et le désir de nombreux intervenants, ces services s'adressent avant tout

aux personnes relativement autonomes et exigeant peu d'heures de services. Or il ne fait aucun doute que l'intégration sociale passe par l'autonomie à domicile. Selon une étude du D.S.C. de Laval, les personnes faisant face à un handicap dû à la sclérose en plaques auraient le plus besoin d'une aide de type auxiliaire familiale; viendraient ensuite les catégories "paralysie" et "arthrite".³³

La capacité à se déplacer est un pré-requis à l'intégration sociale. Depuis quelques années, le Ministère a fait un réel effort pour soutenir ou développer de tels services et les organismes publics ou para-publics pour permettre l'accessibilité à leur service. Toutefois une meilleure coordination de certaines ressources (ex.: transport adapté) permettrait une meilleure utilisation de celles-ci.

Se déplacer entraîne des déboursés. Selon la recherche du D.S.C. de Rouyn, 36,3% des personnes handicapées devraient dépenser plus que les allocations données pour le déplacement. La recherche du D.S.C. Cité de la Santé de Laval fait ressortir que c'est parmi les plus jeunes que le besoin de loisirs est le plus élevé et le besoin de transport le plus bas. Au niveau du transport cela s'explique par le fait que tous demeuraient dans leur famille. La recherche de Rouyn indique que 75% des 0-20 ans demeuraient chez leurs parents, la famille répondait ainsi au besoin.

Selon l'étude du D.S.C. de Laval, *"les besoins ne varient pas proportionnellement avec l'âge, ni avec la gravité du handicap, mais dépendent plutôt de la façon dont la personne se perçoit avec son handicap, de son état mental, du support de l'entourage etc"*. Ceci rejoint ce que nous écrivions au sujet des personnes âgées: *"La perception que la personne a d'être vieille a une influence sur son niveau de satisfaction et sa capacité d'adaptation."*

Trop souvent la société a eu tendance à oublier les personnes ou familles qui décidaient de garder une personne handicapée, alors que d'autres les confiaient à la société. Les programmes de maintien doivent pouvoir leur garantir tout le support nécessaire.

Nous ne pouvons parler de services de maintien à domicile en passant sous silence les programmes genre "Logi-nove" qui permettent d'aménager l'appartement de la personne handicapée aux possibilités de celles-ci.

Nous pensons que certaines personnes handicapées doivent pouvoir compter sur des types de logement genre famille d'accueil, foyers de groupes, appartements surveillés, qui leur accordent une plus grande sécurité et qui se rapprochent davantage d'un milieu naturel. Ces ressources devraient avoir accès aux programmes d'aménagement.

Pistes d'interventions en relation au facteur contrôle de l'environnement physique et social

- adapter les services aux différentes causes et types de déficience
- favoriser l'accessibilité au transport adapté
- favoriser l'accessibilité des lieux publics
- "démédicaliser" les services de maintien
- développer chez les intervenants tant au niveau social que médical une approche valorisante

- élargir les services actuellement disponibles par exemple: développer des services "pour compenser un manque de capacités face aux exigences sociales de la vie quotidienne" (planification, administration d'un budget, aide pour remplir les formulaires etc.)
- développer des services de dépannage, de garderie
- offrir aux familles gardant des personnes handicapées des outils de support
- développer des ressources alternatives: familles d'accueil, foyers de groupes, appartements surveillés etc.
- élargir les programmes d'allocations pour des modifications architecturales

3.4.4 Les traumatismes

Les accidents dus au travail, à la circulation, aux loisirs, au sport, aux travaux domestiques... sont des facteurs de risque prédominants en rapport aux handicaps.

Même si l'on observe une baisse des décès dus aux accidents de la route, les accidents et traumatismes sont une cause importante de mortalité à tous les âges de la vie. "Leur impact sur la morbidité et la restriction d'activité est également appréciable".³⁴ Pour s'en convaincre il suffit de parcourir les chiffres de mortalité due aux accidents et traumatismes selon les groupes d'âge:

- chez les 1-14 ans, 13% des journées d'hospitalisation seraient dues aux accidents et traumatismes³⁵, 60% des 13% auraient pour origine: "les accidents de transport (35%) et les chutes accidentelles (25%)
- chez les 15-24 ans, les accidents et traumatismes seraient responsables d'un fort pourcentage de décès: 83% chez les garçons, 63% chez les filles.³⁶ Chez les adolescents et les jeunes adultes, qui représentent 20% de la population, on attribue 37% des décès à cette cause.

Certaines caractéristiques davantage propres à la jeunesse (impétuosité, goût du risque) peuvent en partie expliquer ce phénomène, mais d'autres facteurs comme l'usage de l'alcool, de la drogue... aggravent la situation

- chez les 25-44 ans nous retrouvons à nouveau les accidents et traumatismes comme principale cause de mortalité, puisqu'ils représentent respectivement 50% des décès masculins et 31% des décès féminins³⁷.
- chez les 45-64 ans, l'importance de la mortalité par accidents et traumatismes, comparativement aux adultes plus jeunes, a considérablement diminuée passant de 44% à 8%³⁸. En fait cette chute ne serait que relative "car le taux de décès accidentels quant à lui, n'a pas régressé, il a même augmenté de 33% chez les femmes". Soulignons que c'est durant la période d'âge 45-55 ans soit vers l'âge de la ménopause que se retrouverait le plus haut taux de suicide chez les femmes.³⁹

De tels chiffres soulèvent la gravité du problème d'autant que s'ajoutent aux décès les blessures entraînant des incapacités temporaires ou permanentes.

Du 1er mars 1978 au 29 février 1980, la Régie de l'Assurance Automobile du Québec avait versé des rentes à 43 742 victimes d'accidents.⁴⁰ "Pour 50% des victimes l'incapacité durera plus de neuf semaines; elle se prolongera au-delà de trente semaines pour environ 15% d'entre elles et au-delà de cinquante semaines pour plus de 7%" soit 3 060 personnes.⁴¹ Le même document estime à environ 600 personnes par année le nombre de victimes de la circulation dont l'invalidité serait permanente. "En 1979, les accidents de travail auraient fait 187 morts et quelque 14 500 blessés."⁴²

Un tel problème de santé publique devrait entraîner une mobilisation de l'ensemble des organismes, principalement des D.S.C. dont le rôle est justement de veiller à la santé publique.

Certes, certaines actions relèvent des Municipalités ou des Gouvernements (signalisation, état des routes, formation... etc.), d'autres sont à la portée d'organismes tels que les D.S.C. - C.L.S.C. - C.R.S.S.S.

Pistes d'interventions en relation au facteur traumatisme:

- sensibiliser et éduquer les groupes cibles: 15-44 ans. (En 1979 ils représentaient 70% des personnes indemnisées par la Régie)⁴³
- sensibiliser et éduquer les enfants: ils seront plus tard les futurs conducteurs

- susciter une réflexion, une réprobation de l'usage immodéré de l'alcool. L'alcool serait une des principales causes d'accidents et entre "20 et 30% des malades admis pour la première fois dans un hôpital psychiatrique, le seraient en raison d'un diagnostic primaire ou secondaire d'alcoolisme ou de psychose alcoolique"⁴⁴
- développer des programmes de prévention en santé mentale principalement dans le milieu de travail
- avoir un budget protégé (personnes handicapées) pour les services aide et soin.

3.4.5 La toxicomanie

L'alcool, les stimulants, les tranquillisants sont parmi les drogues les plus consommées et pouvant entraîner une perte d'autonomie de la personne. En 1970, les Canadiens auraient "engouffré 4,5 millions de cachets d'amphétamines et 33 tonnes de barbituriques".⁴⁵

Alors que l'usage de l'alcool et de l'héroïne serait relativement stable, la consommation de stimulants, cocaïne par exemple, serait à la hausse.⁴⁶

L'alcool engendre un grand nombre de maladies. Il affecte principalement le système digestif et spécialement le foie. Il est à l'origine ou aggrave les problèmes sociaux et familiaux.

Il serait une des principales causes d'accidents de la circulation. On évalue qu'entre 30% et 50% des accidents mortels de la circulation impliqueraient des conducteurs ayant bu.⁴⁷

Pour la consommation d'alcool, c'est parmi les hommes de "40-44 ans que l'on rencontre le plus fort pourcentage de buveurs réguliers", "tandis que chez les femmes ce sont les jeunes de 20-24 ans qui comptent la plus forte proportion de buveuses régulières (69,5%)", "7% des jeunes filles de cette classe d'âge prennent 14 consommations et plus par semaine".⁴⁸

Si l'on tient compte de la variable "statut de l'individu par rapport au marché du travail", c'est parmi les chômeurs que l'on retrouve la plus forte proportion de grands buveurs (25%).

Quoiqu'il en soit, la toxicomanie est un problème complexe qui exige, si nous désirons avoir un impact, d'intégrer différentes approches d'autant plus que, souvent, on a affaire à des polytoxicomanies.

Pistes d'interventions en relation au facteur toxicomanie:

- compléter la formation du personnel médical et des intervenants sur le dépistage et le suivi de l'alcoolisme et des autres toxicomanies
- sensibiliser et informer la population sur la gravité et les conséquences des problèmes reliés aux différentes toxicomanies.

3.5 ORGANISATION DES SERVICES DE SANTE

Au niveau de l'organisation des services de santé, deux aspects nous apparaissent particulièrement importants: soit *l'accessibilité et la coordination*.

Nous avons suffisamment insisté sur l'importance de la coordination pour que nous ne soyons pas obligés d'en justifier à nouveau le bien-fondé. Toutefois, rappelons que la coordination est avant tout une question de volonté et de motivation. Elle permet de se doter d'un système de services intégrés et ainsi de mieux répondre aux besoins tels que définis dans le chapitre premier. Une façon d'atteindre cette complémentarité des services est d'avoir un plan de service où le rôle des intervenants est clairement identifié.

Quant à l'accessibilité c'est une dimension qui nous apparaît évidente dans l'optique du maintien, principalement dans les cas d'urgence.

Pistes d'interventions en relation au facteur services de santé:

- *promouvoir une approche globale*
- *favoriser l'accessibilité et coordonner la dispensation des services tant para-publics que bénévoles*
- *promouvoir l'utilisation de plans de service tant au niveau des programmes locaux que d'une stratégie de maintien axée sur les besoins individuels.*

CONCLUSION

De cette analyse, il ressort que toute intervention doit tenir compte d'une multitude de facteurs:

- âge
- cause et nature de la déficience
- milieu de vie
- obstacles sociaux
- état psychologique
- etc.

L'autonomie de la personne handicapée repose sur l'ensemble de ces facteurs. Seule une approche multidisciplinaire pourra tenir compte de toutes ces dimensions.

Trop souvent les intervenants ont mis l'accent sur le "désavantage" comme si celui-ci s'identifiait à la personne alors qu'il n'est que l'une de ses caractéristiques. Répondre aux besoins de la personne c'est tenir compte d'une multitude de facteurs, c'est envisager le besoin non pas en fonction d'un handicap mais de toute la personne, comme le soulignent les auteurs de la recherche intitulée "Les besoins des handicapés physiques de Laval"⁴⁹ lorsqu'ils déclarent: "l'urgence des besoins n'est pas en fonction de l'handicap, ni proportionnelle à l'âge des individus donc, elle est peut-être en fonction de l'individu lui-même, c'est-à-dire qu'un individu ayant le même handicap qu'un autre peut surmonter plus facilement les obstacles et ses besoins seront différents".

Dans le chapitre 3 nous avons pour chacun des facteurs de risque, souligné différentes pistes d'interventions.

Celles-ci se regroupent principalement en cinq catégories soit la formation, l'information, les services, la sensibilisation et les éléments de programmation.

Formation

- . favoriser la conception de programmes de formation adaptée à une approche spécifique aux personnes handicapées
- . favoriser un langage, des attitudes respectueuses d'une vision normalisante basée sur l'autonomie de la personne
- . compléter la formation du personnel médical et des intervenants sur le dépistage et le suivi de l'alcoolisme et des autres toxicomanies.

Information

- . informer les personnes handicapées sur l'existence des services d'aide à l'emploi
- . informer les médecins et pédiatres de l'ensemble des services existants.

Services

- . favoriser une approche globale en ouvrant à des équipes multidisciplinaires la responsabilité d'évaluer les personnes qui requièrent des services de soins et/ou de réadaptation en fonction d'une politique de maintien

- . favoriser l'accessibilité et coordonner la dispensation des services tant para-publics que bénévoles
- . promouvoir l'utilisation de plans de service tant au niveau des programmes locaux que d'une stratégie de maintien axée sur les besoins individuels
- . concevoir une politique financière qui s'intègre dans le cadre d'une réorientation et d'une modification d'attitude entraînant une revalorisation des personnes âgées
- . adapter les services aux différentes causes et types de déficience
- . créer des services de prévention, dépistage et de référence et les faire connaître
- . améliorer et accélérer les activités de dépistage des problèmes de développement (tests de pré-denver et de denver) lors de l'examen médical périodique durant la période 0-5 ans
- . démedicaliser les services de maintien
- . avoir un budget protégé (personnes handicapées) pour les services aide et soin
- . élargir les programmes d'allocations pour des modifications architecturales
- . favoriser la complémentarité et la coordination des services d'aide à l'emploi

- . accroître l'accessibilité à une scolarisation et formation adéquate et personnalisée à la personne handicapée
- . favoriser l'accessibilité au transport adapté ainsi que des lieux publics
- . élargir les services actuellement disponibles, par exemple: développer des services "pour compenser un manque de capacités face aux exigences sociales de la vie quotidienne" (planification, administration d'un budget, aide pour remplir les formulaires etc.)
- . développer des services de dépannage, de garderie
- . offrir aux familles gardant des personnes handicapées, des outils de support
- . renforcer les structures sociales de la personne handicapée: parrainage, associations, support
- . créer des groupes d'aide et d'entraide
- . développer des ressources alternatives: foyers de groupes, appartements surveillés etc...

Sensibilisation

- . sensibiliser les employeurs à une politique d'embauche non discriminatoire et qui vise l'intégration (en portant une attention toute particulière aux personnes faisant face à une déficience intellectuelle)

- . sensibiliser et informer la population sur la gravité et les conséquences des problèmes reliés aux différentes toxicomanies
- . susciter une réflexion, une réprobation sur l'usage immodéré de l'alcool. L'alcool serait une des principales causes d'accident et entre 20 et 30% des malades admis pour la première fois dans un hôpital psychiatrique, le serait en raison d'un diagnostic primaire ou secondaire d'alcoolisme ou de psychose alcoolique
- . sensibiliser et éduquer les groupes cibles: 15-44 ans en rapport aux accidents de la route
- . sensibiliser et éduquer les enfants: ils seront plus tard les futurs conducteurs
- . favoriser la reconnaissance du rôle des autres professionnels (infirmières, physiothérapeutes, etc.) par le monde médical:
 - "dans l'établissement de la relation mère-enfant"
 - "la préparation des parents à administrer les soins physiques à l'enfant"
 - etc...
- . favoriser l'implication des familles ou proches comme principale source d'aide.

Programmation

- . incorporer la dimension psychologique dans tout programme qui vise l'intégration de la personne
- . développer des moyens d'identifier les milieux à risque
- . développer des programmes de prévention en santé mentale principalement dans le milieu de travail
- . offrir aux parents des outils de dépistage des anomalies dans le développement de leurs enfants
- . favoriser la participation des D.S.C. et du C.R.S.S.S. à l'information, l'éducation, la sensibilisation des employeurs.

Ces interventions proposées s'appliqueraient théoriquement au problème immédiat tel qu'énoncé.

La démarche globale veut cependant que nous étudions maintenant ces solutions dans une vision d'ensemble qui considère d'une part que la personne handicapée peut réunir plusieurs de ces facteurs de risque et d'autre part, que toutes les activités proposées n'ont pas la même importance. Le chapitre 4 intitulé "axes d'interventions" traitera de la priorisation de celles-ci en fonction de différents critères.

Les services peuvent être développés, améliorés, sans que nous ayons une connaissance exacte de la situation,

toutefois, principalement dans une période de restriction, il nous apparaît qu'une bonne connaissance de la situation permettrait de mieux justifier et choisir les priorités. C'est dans cette optique que nous proposons un recensement des personnes handicapées.

REFERENCES

- 1 Office des personnes handicapées du Québec. "A part ...
égale. L'intégration sociale des personnes handica-
pées: un défi pour tous". 1984.
- 2 Idem, p.31.
- 3 Idem, p.32.
- 4 Idem, p.33.
- 5 Ibidem.
- 6 Idem, p.34.
- 7 Dale, William, Gagnon, Sylvie, Lacoursière, Denise,
Landry, Bernard, Tellier, Marie. "Prévention pri-
maire et secondaire des déficiences et incapacités
au Québec. Etat de la situation". Pour la table
thématique "Prévention - Dépistage". Octobre 1981.
- 8 Gadreau, Rock. "Pourquoi faut-il un modèle d'interven-
tion?" Carrefour des Affaires sociales. Vol. 6,
No. 4. Automne 1984, p.43.
- 9 "L'intégration de la personne handicapée. Etat de la
situation". Document de réflexion déposé par le
secrétariat permanent des conférences sous-économi-
ques du Québec à la conférence de l'intégration de
la personne handicapée, tenue à Montréal les 7, 8,
9 décembre 1981.
- 10 Office des personnes handicapées du Québec. "A part ...
égale. L'intégration sociale des personnes handica-
pées: un défi pour tous". 1984, p.39.
- 11 Ibidem.
- 12 Gadreau, Rock. "Pourquoi faut-il un modèle d'interven-
tion?" Carrefour des Affaires sociales. Vol. 6,
No. 4. Automne 1984.
- 13 Bolduc-Bourdouxhe, Murielle. "Opération-connaître".
D.S.C. Rouyn-Noranda. Février 1983.
Pelletier, Jocelyne. "Intégration-plus". D.S.C.
Rivière-du-Loup. Mars 1984.

- 14 C.R.S.S.S. Bas St-Laurent-Gaspésie. "Les personnes handicapées".
- 15 Bolduc-Bourdouxhe, Murielle. "Opération-connaître". D.S.C. Rouyn-Noranda. Février 1983, p.75.
- 16 Idem, p.153.
- 17 Pelchat-Borgeat, Diane. "La naissance d'un enfant porteur d'une malformation, l'expérience d'une mère et de l'infirmière". Thèse de maîtrise présentée à l'Université de Montréal. Décembre 1978. Cité par Beaulieu, Ginette. Carrefour des Affaires sociales. Vol. 6, No. 1. Hiver 1984, pp.26-27.
- 18 "Comité Santé des jeunes des départements de santé communautaire de la région de Montréal". Dépistage en milieu scolaire. Juin 1984.
- 19 Bolduc-Bourdouxhe, Murielle. "Opération-connaître". D.S.C. Rouyn-Noranda. Février 1983, p.79.
- 20 Idem, p.71.
- 21 Office des personnes handicapées du Québec. "A part ... égale. L'intégration sociale des personnes handicapées: un défi pour tous". 1984, p.319.
- 22 Office des personnes handicapées du Québec. "Historique de l'évolution des services aux personnes handicapées et situation actuelle au Québec". Dossier No.9. 1981, p.3.
- 23 Bolduc-Bourdouxhe, Murielle. "Opération-connaître". D.S.C. Rouyn-Noranda. Février 1983, p.73.
- 24 Ibidem.
- 25 Office des personnes handicapées du Québec. "Emploi de la personne handicapée". Dossier No.11, 1981, pp. 22-23.
- 26 Idem, pp.11-12.
- 27 Ibidem.
- 28 Bolduc-Bourdouxhe, Murielle. "Opération-connaître". D.S.C. Rouyn-Noranda. Février 1983, p.133.
- 29 Idem, p.136.
- 30 Idem, p.138.

- 31 Hébert, Réjean. "L'évaluation fonctionnelle". Le médecin du Québec. Octobre 1983.
- 32 Office des personnes handicapées du Québec. "Historique de l'évolution des services aux personnes handicapées et situation actuelle au Québec". Dossier No.9, 1981, p.4.
- 33 Giroux, Lise, Daphnis, Marie-Hélène. "Les besoins des handicapés physiques de Laval". D.S.C. Cité de la santé de Laval. Été 1979.
- 34 Gouvernement du Québec. "Des problèmes prioritaires". Collection la santé des Québécois. 1983, p.120.
- 35 Idem, p.25.
- 36 Ibidem.
- 37 Idem, p.61.
- 38 Idem, p.80.
- 39 Ibidem.
- 40 Régie de l'assurance-automobile du Québec. "Les accidents de la route ... un problème de santé publique". Dossier d'information Bas St-Laurent, Gaspésie, Îles de la Madeleine. Colloques régionaux 1981-1982. Mai 1981, pp. 73-74-75.
- 41 Ibidem.
- 42 Idem, p.11.
- 43 Ibidem.
- 44 "OMS". Cité dans Carrefour des Affaires sociales. Vol. 6, No.3. Été 1984, p.28.
- 45 Villedieu, Yannick. "Un régime de drogués". Québec-Science. Mars 1975, p.19.
- 46 Gouvernement du Québec. "Des problèmes prioritaires". Collection la santé des Québécois. 1983, p.52.
- 47 Anctil, Hervé. Carrefour des Affaires sociales. Vol.6, No.3. Été 1984, p.1.
- 48 Roy, Laurent. "Toujours plus! La consommation d'alcool au Québec". Carrefour des Affaires sociales. Vol. 6, No.3. Été 1984, p.19-23.

- 49 | Giroux, Lise, Daphnis, Marie-Hélène. "Les besoins des
handicapés physiques de Laval". D.S.C. Cité de la
santé de Laval. Été 1979, p.26.

EC 1119

AUDRA, Michel
SERGERIE, Diane
Maintien de la personne âgée
et handicapée dans son/un mi-
lieu de vie naturel axé sur
le support à l'autonomie. Vol.

1. DATE	ÉLÉMENTS DU PROGRAMME	NOM DU LECTEUR
---------	-----------------------	----------------

99-12-16 Unusual

CENTRE DE DOCUMENTATION
D.S.C. CHARLES LeMOYNE

BC 1119

Q 1119

CENTRE DE DOCUMENTATION
D.S.C. CHARLES LeMOYNE